



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Autor: Federico Hervías Ortega

**SERVICIO UNIVERSITARIO DE ASESORAMIENTO
PSICOLÓGICO: EFECTIVIDAD E IMPLICACIONES EN
EL RENDIMIENTO ACADÉMICO Y ADAPTACIÓN DEL
ALUMNADO DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

Directora: Prof. Dra. Esperanza Marchena Consejero

CÁDIZ

2014

Tesis presentada para aspirar al Grado de Doctor en Psicología

TÍTULO DE LA TESIS DOCTORAL:
*UN SERVICIO UNIVERSITARIO DE ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO:
EFECTIVIDAD E IMPLICACIONES EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO Y
ADAPTACIÓN DEL ALUMNADO DE EDUCACIÓN SUPERIOR*

DOCTORANDO: FEDERICO HERVÍAS ORTEGA

Dra. ESPERANZA MARCHENA CONSEJERO, profesora Titular de Universidad del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológico del Departamento de Psicología de la Universidad de Cádiz,

CERTIFICA que D. Federico Hervías Ortega ha desarrollado bajo mi dirección la tesis doctoral *"Un Servicio Universitario de Asesoramiento Psicológico: Efectividad e Implicaciones en el Rendimiento Académico y Adaptación del Alumnado de Educación Superior"* con el que opta al Grado de Doctor. Dicho trabajo, se encuentra en condiciones de ser defendido públicamente.

Fdo.: Dra. Esperanza Marchena Consejero

Cádiz, 15 de octubre de 2014

*A mis padres,
cuyo amor y educación
hacen de mí lo que soy.*

“Bombero, bombero, yo quiero ser bombero”

Alberto Cortes

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero dar las gracias a la Dra. Esperanza Marchena Consejero, por su esfuerzo y dedicación para que esta tesis doctoral sea ya una realidad. Desde mis comienzos en el Servicio de Atención Psicológica como becario, ha sido mi referente como profesora, tutora, directora y colega profesional, contagiándome además su energía y sensibilidad humana. No se puede tener mejor referente en esto de la psicología.

Sin lugar a dudas, quiero dar las gracias a todos los que forman, y han formado parte alguna vez, del Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica de la Universidad de Cádiz, ya que sin ellos este trabajo no habría sido posible: Elo, Camilo, Laura, Sergio, Felipe, Antonio, Diego, M^a del Mar, Cristina R., Cristina S., Inma, Manuel, M^a Luz, M^a José, Virág y tantos otros compañeros de viaje, que alguna vez dejaron su huella por el SAP. Su tesón, constancia y profesionalidad es lo que sustenta día a día la existencia de un servicio como éste (ya tenemos otra excusa para celebrar algo).

Agradecer también a Andrés Jiménez su inestimable apoyo y colaboración en el tratamiento estadístico de los datos. Jamás pensé que pudiera asistir con ganas a una sesión de estadística, y mucho menos entusiasmarme con ella.

A mis compañeros de despacho Cristina, Esther y Miguel Ángel por sus ánimos y consejos, sin olvidar esos momentos mañaneros en el café. A todo el profesorado del Departamento de Psicología de la UCA, sobre todo a mis compañeros del área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico por ayudarme a la hora de cuadrar los horarios de clase y poder tener tiempo en la recta final de este trabajo.

A mis alumn@s colaboradores (Jessica, Ana, Juan Carlos y Azahara), por su ayuda a la hora de corregir los cuestionarios y volcar los datos: 1,1,2,1,0,3,1... ¡¡Gracias chic@s!!

Por supuesto agradecer también a todos los que han participado en esta investigación de una forma u otra: los alumnos que colaboraron completando las pruebas (tanto los que fueron atendidos en el SAP como los que participaron en clase), los profesores que me dejaron tiempo de sus asignaturas para poder pasar los cuestionarios (hasta en dos

ocasiones) y el personal de administración de la Universidad de Cádiz, por atender mis peticiones.

A mis amigos y hermanos, por haber estado ahí aunque no me hayan visto mucho el pelo durante algún tiempo. Tendré que ponerme al día en cuestión de previos...

Cómo no a mi familia: mi madre (sí, lo sé... la mejor del mundo mundial), mis hermanas y sobrinos. Sois el mejor regalo que nadie pueda tener. Y a la memoria de mi padre, el cual estoy seguro de que estaría orgulloso de mí en este momento.

A mi nueva familia, que también cuida de mí y me quiere como al primero.

Y sobre todo a Virginia, por ser el motor de mi vida y el impulso que necesito todos los días para estar ahí. Gracias por ser lo que eres. Ahora nos toca a nosotros...

ÍNDICE GENERAL

I. INTRODUCCIÓN	11
II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	15
II.1 La Salud Mental y sus repercusiones en el ajuste psicológico y personal de los estudiantes de Educación Superior.....	17
II.1.1. El concepto de Salud Mental	17
II.1.2. Variables mediadoras en Salud Mental	22
II.1.3. Variables susceptibles de afectar al Rendimiento Académico y Adaptación al entorno universitario	26
II.1.4. Salud Mental y Universidad: trastornos y dificultades asociados a la vida académica.....	30
II.1.5. Programas de Intervención	35
II.2. La Orientación Psicológica y los Servicios de Atención Psicológica en la Universidad.....	44
II.2.1. La Orientación Psicológica.....	44
II.2.2. El Asesoramiento Psicológico en la Universidad	45
II.2.3. Los Servicios de Atención Psicológica Universitarios.....	49
II.2.4. Los Servicios de Atención Psicológica en las Universidades Españolas. 51	
II.2.5. El Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica de la Universidad de Cádiz.....	58
III. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	79
III.1. Objetivos	81
III.2. Hipótesis.....	82
III.3. Método	84
III.3.1. Participantes.....	84
III.3.2. Instrumentos	95

III.3.3. Diseño metodológico	105
III.3.4. Procedimiento	106
III.3.5. Temporalización	108
III.3.6. Análisis de los datos	110
IV. RESULTADOS	111
Hipótesis 1:	113
Hipótesis 2:	131
Hipótesis 3:	143
Hipótesis 4:	13146
Hipótesis 5:	1469
Hipótesis 6:	164
Hipótesis 7:	18467
Hipótesis 8:	16471
Hipótesis 9:	16784
Modelo de Ecuaciones Estructurales.....	188
V. CONCLUSIONES	191
VI. BIBLIOGRAFÍA	197
VII. ANEXOS	233
VII.1 Instrumentos.....	235
VII.2. Tablas complementarias	259

RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

- Tabla 2.1:** Solicitudes recibidas desde Noviembre de 2010 hasta Septiembre de 2014
- Tabla 3.1:** Distribución de la Muestra Total.
- Tabla 3.2:** Frecuencias y Porcentajes por Sexo del G.E.
- Tabla 3.3:** Estadísticos descriptivos de la variable Edad en G.E.
- Tabla 3.4:** Frecuencias y Porcentajes por Edad del G.E.
- Tabla 3.5:** Frecuencias y Porcentajes de datos sociodemográficos en el G.E.
- Tabla 3.6:** Frecuencias y Porcentajes de los Diagnósticos establecidos en el G.E.
- Tabla 3.7:** Distribución del Grupo Control en función de la Titulación.
- Tabla 3.8:** Frecuencias y Porcentajes por Sexo del G.C.
- Tabla 3.9:** Estadísticos descriptivos de la variable Edad en el G.C.
- Tabla 3.10:** Frecuencias y Porcentajes por Edad del G.C.
- Tabla 3.11:** Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Estratificación Social Graffar en el G.C.
- Tabla 3.12:** Frecuencias y Porcentajes de datos sociodemográficos del G.C.
- Tabla 3.13:** Frecuencias y Porcentajes de la variable “Posición en que eligió la titulación” en el G.C.
- Tabla 3.14:** Frecuencias y Porcentajes de la variable “Posición en que eligió la titulación” en el G.C. por Títulos
- Tabla 3.15:** Estadísticos descriptivos Nota de Admisión al Título en el G.C.
- Tabla 3.16:** Frecuencias y Porcentajes de la variable “¿Ha repetido curso en ESO/Bachiller/FP?” en el G.C.
- Tabla 3.17:** Frecuencias y Porcentajes de las variables “¿Cuántas veces ha repetido?”, “¿Ha abandonado los estudios?” y “Motivo por el que abandonó los estudios” en el G.C.
- Tabla 3.18:** Frecuencias y Porcentajes de la variable “¿Ha recibido atención psicológica?” en el G.C.
- Tabla 3.19:** Frecuencias y Porcentajes de la variable “Tipo de Servicio Utilizado” en el G.C.
- Tabla 3.20:** Frecuencias y Porcentajes de la variable “Motivo de la Atención” en el G.C.
- Tabla 3.21:** Frecuencias y Porcentajes de la variable “¿Quedó satisfecho con la atención psicológica?” en el G.C.
- Tabla 3.22:** Frecuencias y Porcentajes de la variable “¿Acudiría al SAP?” en el G.C.
- Tabla 3.23:** Distribución de la Muestra Total en función de los grupos de estudio.
- Tabla 3.24:** Distribución de los Grupos Subclínico y No Clínico en función de la Titulación
- Tabla 3.25:** Estadísticos descriptivos de la variable Edad en los Grupos Subclínico y No Clínico.
- Tabla 3.26:** Frecuencias y Porcentajes por Edad de los Grupos Subclínico y No Clínico.
- Tabla 3.27:** Frecuencias y Porcentajes por Sexo de los Grupos Subclínico y No Clínico.
- Tabla 3.28:** Frecuencias y Porcentajes de las variables “¿Ha repetido curso en ESO/Bachiller/FP?” “¿Ha abandonado los estudios?” y “¿Ha recibido atención psicológica?” en los Grupos Subclínico y No Clínico.
- Tabla 3.29:** Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Estratificación Social Graffar en los Grupos Subclínico y No Clínico.

Tabla 3.30: Dimensiones y Áreas del CORE-OM

Tabla 3.31: Diseño utilizado en la investigación

Tabla 3.32: Temporalización de la investigación

Tabla 4.1: Estadísticos descriptivos de la Nota de Admisión al Título y la Tasa de Rendimiento Pretest en los grupos Experimental y Control.

Tabla 4.2: Estadísticos descriptivos de la Nota de Admisión al Título y la Tasa de Rendimiento Pretest en los Grupos Clínico, Subclínico y No Clínico.

Tabla 4.3: Resumen de las puntuaciones medias en la Nota de Admisión al Título y la Tasa de Rendimiento según la pertenencia a los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico.

Tabla 4.4: Estadísticos de contraste para muestras independientes entre los grupos Experimental y Control para la Nota de Admisión al Título y la Tasa de Rendimiento Pretest.

Tabla 4.5: Estadísticos de contraste para muestras independientes entre distintas poblaciones en la medida Pretest para la Nota de Admisión al Título y la Tasa de Rendimiento Pretest.

Tabla 4.6: Percentiles de las puntuaciones en la Nota de Admisión al Título, para diferentes grupos en hombre y mujeres.

Tabla 4.7: Percentiles de las puntuaciones en la Tasa de Rendimiento (Pretest), para diferentes grupos en hombre y mujeres.

Tabla 4.8: Estadísticos descriptivos de las escalas clínicas (CORE-OM, STAI E/R y SCL90) en el Pretest en los grupos Control y Experimental.

Tabla 4.9: Estadísticos descriptivos de las escalas clínicas (CORE-OM, STAI E/R y SCL90) en el Pretest en los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico.

Tabla 4.10: Estadísticos de contraste para muestras independientes entre distintas poblaciones en el Pretest para las variables clínicas (CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90).

Tabla 4.11: Percentiles de las puntuaciones en la variable CORE-Visibilidad (Pretest), para diferentes grupos en hombre y mujeres.

Tabla 4.12: Percentiles de las puntuaciones en la variable STAI-Rasgo (Pretest), para diferentes grupos en hombre y mujeres.

Tabla 4.13: Percentiles de las puntuaciones en la variable SCL90 Índice General Sintomático (Pretest), para diferentes grupos en hombre y mujeres.

Tabla 4.14: Resultados de la clasificación del análisis discriminante entre los grupos Experimental y Control.

Tabla 4.15: Resultados de la clasificación del análisis discriminante entre los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico.

Tabla 4.16: Tabla de contingencia entre CORE Visi Cut-Off y STAI Rasgo Cut-Off en hombres.

Tabla 4.17: Tabla de contingencia entre CORE Visi Cut-Off y STAI Rasgo Cut-Off en mujeres.

Tabla 4.18: Contingencia entre Población en Riesgo-Sanos y STAI Rasgo Cut-Off en hombres.

Tabla 4.19: Contingencia entre Población en Riesgo-Sanos y STAI Rasgo Cut-Off en mujeres.

Tabla 4.20: Tabla de contingencia entre CORE Visi Cut-Off y SCL90 I.G.S. Cut-Off en hombres.

Tabla 4.21: Tabla de contingencia entre CORE Visi Cut-Off y SCL90 I.G.S. Cut-Off en mujeres.

Tabla 4.22: Contingencia entre Población en Riesgo-Sanos y SCL90 I.G.S. Cut-Off

en hombres.

- Tabla 4.23:** Contingencia entre Población en Riesgo-Sanos y SCL90 I.G.S. Cut-Off en mujeres.
- Tabla 4.24:** Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en el cuestionario NEO-FFI en los grupos Experimental y Control.
- Tabla 4.25:** Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en el cuestionario NEO-FFI en los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico.
- Tabla 4.26:** Estadísticos de contraste para muestras independientes entre los grupos Experimental y Control en las puntuaciones del cuestionario NEO-FFI.
- Tabla 4.27:** Estadísticos de contraste para muestras independientes entre distintas poblaciones en las puntuaciones del cuestionario NEO-FFI.
- Tabla 4.28:** Percentiles de las puntuaciones en la variable NEO/FFI-Neuroticismo, para diferentes grupos en hombre y mujeres.
- Tabla 4.29:** Percentiles de las puntuaciones en la variable NEO/FFI-Extraversión, para diferentes grupos en hombre y mujeres.
- Tabla 4.30:** Percentiles de las puntuaciones en la variable NEO/FFI-Apertura, para diferentes grupos en hombre y mujeres.
- Tabla 4.31:** Percentiles de las puntuaciones en la variable NEO/FFI-Amabilidad, para diferentes grupos en hombre y mujeres.
- Tabla 4.32:** Percentiles de las puntuaciones en la variable NEO/FFI-Responsabilidad, para diferentes grupos en hombre y mujeres.
- Tabla 4.33:** Correlaciones de Spearman entre los rasgos de personalidad del cuestionario NEO-FFI en el grupo Experimental.
- Tabla 4.34:** Correlaciones de Spearman entre los rasgos de personalidad del cuestionario NEO-FFI en el grupo Control.
- Tabla 4.35:** Correlaciones de Spearman entre los rasgos de personalidad del cuestionario NEO-FFI en el grupo Subclínico.
- Tabla 4.36:** Correlaciones de Spearman entre los rasgos de personalidad del cuestionario NEO-FFI en el grupo No Clínico.
- Tabla 4.37:** Distribución de los grupos Experimental y Control en función de los niveles de intensidad en las escalas del cuestionario NEO-FFI.
- Tabla 4.38:** Correlaciones de Spearman entre Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest con las puntuaciones Pretest de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90 en el Grupo Experimental.
- Tabla 4.39:** Correlaciones de Spearman entre Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest con las puntuaciones Pretest de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90 en el Grupo Control.
- Tabla 4.40:** Correlaciones de Spearman entre Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest con las puntuaciones Pretest de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90 en población Subclínica.
- Tabla 4.41:** Correlaciones de Spearman entre Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest con las puntuaciones Pretest de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90 en población No Clínica.
- Tabla 4.42:** Correlaciones de Spearman entre Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest con las puntuaciones del cuestionario NEO-FFI en el grupo Experimental.
- Tabla 4.43:** Correlaciones de Spearman entre Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest con las puntuaciones del cuestionario NEO-FFI en el grupo Control.
- Tabla 4.44:** Correlaciones de Spearman entre Nota de Admisión al Título y Tasa de

Rendimiento Pretest con las puntuaciones del cuestionario NEO-FFI en el grupo Subclínico.

Tabla 4.45: Correlaciones de Spearman entre Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest con las puntuaciones del cuestionario NEO-FFI en el grupo No Clínico.

Tabla 4.46: Estadísticos descriptivos de las escalas clínicas Pretest y Postest en el grupo Control.

Tabla 4.47: Estadísticos descriptivos de las escalas clínicas Pretest y Postest comparando las muestras Subclínica y No Clínica.

Tabla 4.48: Estadísticos de contraste para muestras relacionadas (Pretest-Postest) en el Grupo Control. Prueba de los Signos y de los Rangos con signo de Wilcoxon.

Tabla 4.49: Estadísticos de contraste para muestras relacionadas (Pretest-Postest) en el Grupo Subclínico. Prueba de los Signos y de los Rangos con signo de Wilcoxon.

Tabla 4.50: Estadísticos de contraste para muestras relacionadas (Pretest-Postest) en el Grupo No Clínico. Prueba de los Signos y de los Rangos con signo de Wilcoxon.

Tabla 4.51: Estadísticos de contraste para muestras independientes en las puntuaciones Pretest y Postest entre los Grupos Subclínico y No Clínico.

Tabla 4.52: Distribución del Grupo Control en función del punto de corte de la variable CORE - Visibilidad en las medidas Pretest y Postest.

Tabla 4.53: Matriz de transición de los sujetos del Grupo Control desde la medida Pretest a la Postest.

Tabla 4.54: Distribución del Grupo Control en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM en las medidas Pretest y Postest.

Tabla 4.55: Matriz de transición de los sujetos del Grupo Control desde la medida Pretest a la Postest, en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM.

Tabla 4.56: Estadísticos descriptivos del Nivel de Adaptación teniendo en cuenta los grupos Subclínico, No Clínico y Control

Tabla 4.57: Frecuencias y porcentajes del Nivel de adaptación en el grupo Control.

Tabla 4.58: Frecuencias y porcentajes del Nivel de adaptación en los grupos Subclínico y No Clínico.

Tabla 4.59: Estadísticos de contraste en muestras independientes para el Nivel de Adaptación entre los grupos Subclínico y No Clínico.

Tabla 4.60: Correlaciones de Spearman entre el Nivel de Adaptación y las puntuaciones del cuestionario NEO-FFI, Nota de Admisión al Título y Tasas de Rendimiento Pretest y Postest en el grupo Control

Tabla 4.61: Correlaciones de Spearman entre el Nivel de Adaptación y las puntuaciones Pretest Y Postest de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90 en el grupo Control

Tabla 4.62: Correlaciones de Spearman entre el Nivel de Adaptación y las puntuaciones Pretest y Postest de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90 en el grupo Subclínico

Tabla 4.63: Correlaciones de Spearman entre el Nivel de Adaptación y las puntuaciones del cuestionario NEO-FFI, Nota de Admisión al Título y Tasas de Rendimiento Pretest y Postest en el grupo Subclínico

Tabla 4.64: Correlaciones de Spearman entre el Nivel de Adaptación y las puntuaciones del cuestionario NEO-FFI, Nota de Admisión al Título y

Tasas de Rendimiento Pretest y Posttest en el grupo No Clínico

- Tabla 4.65:** Correlaciones de Spearman entre el Nivel de Adaptación y las puntuaciones Pretest y Posttest de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90 en el grupo No Clínico
- Tabla 4.66:** Estadísticos descriptivos de las escalas clínicas Pretest y Posttest en el grupo Experimental.
- Tabla 4.67:** Estadísticos de contraste para muestras relacionadas (Pretest-Posttest) en el Grupo Experimental. Prueba de los Signos y de los Rangos con signo de Wilcoxon.
- Tabla 4.68:** Estadísticos de contraste para muestras independientes entre los grupos Experimental y Control en las puntuaciones Pretest y Posttest.
- Tabla 4.69:** Estadísticos de contraste para muestras independientes entre los grupos Clínico y Subclínico en las puntuaciones Pretest y Posttest.
- Tabla 4.70:** Matriz de probabilidad de transición de un estado a otro de los sujetos del grupo Experimental en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM: Estado 1
- Tabla 4.71:** Matriz de probabilidad de transición de un estado a otro de los sujetos del grupo Experimental en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM: Estado 2
- Tabla 4.72:** Distribución del Grupo Experimental en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM en los Estados Inicial, 1 y 2.
- Tabla 4.73:** Matriz de probabilidad de transición de un estado a otro de los sujetos del grupo Experimental en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM: Estado 5
- Tabla 4.74:** Estadísticos descriptivos de la Tasa de Rendimiento Pretest y Posttest en el grupo Experimental.
- Tabla 4.75:** Estadísticos de contraste para muestras relacionadas (Tasa de Rendimiento Pretest y Posttest) en grupo Experimental. Prueba de los Signos y de los Rangos con signo de Wilcoxon.
- Tabla 4.76:** Estadísticos descriptivos de las variables medidas en el cuestionario de Satisfacción con el SAP
- Tabla 4.77:** Frecuencias y porcentajes de las variables medidas en el cuestionario de Satisfacción
- Tabla 4.78:** Estadísticos de bondad de ajuste del modelo creado
- Tabla 4.79:** Coeficientes de regresión y covarianzas estimadas en el modelo creado para explicar el rendimiento académico

FIGURAS

- Figura 2.1:** Modelo multidimensional en salud mental (Castro, 2011)
- Figura 2.2:** Modelo sobre determinantes y consecuencias en salud
- Figura 2.3:** Organigrama del Servicio de Atención Psicológica
- Figura 2.4:** Modelo integrador de las dificultades de adaptación al contexto universitario (adaptado de J. Santacreu, 2011)
- Figura 2.5:** Imagen de la página principal de la web del SAP
- Figura 4.1:** Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de la Nota de Admisión al Título.
- Figura 4.2:** Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico en las puntuaciones medias de las escalas clínicas.
- Figura 4.3:** Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los

percentiles de la Tasa de Rendimiento Pretest.

Figura 4.4: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de la variable CORE Visibilidad (Pretest).

Figura 4.5: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de la variable STAI-Rasgo (Pretest).

Figura 4.6: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de la variable SCL90 Índice General Sintomático (Pretest)

Figura 4.7: Perfiles de los grupos GE y GC referidos a las puntuaciones medias en el NEO/FFI

Figura 4.8: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico referidos a las puntuaciones medias en el NEO/FFI

Figura 4.9: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de la variable Neuroticismo

Figura 4.10: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de la variable Extraversión

Figura 4.11: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de las variables Apertura y Amabilidad

Figura 4.12: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de la variable Responsabilidad

Figura 4.13: Distribución por porcentajes de los grupos Experimental y Control en función de los niveles de intensidad en las escalas del cuestionario NEO/FFI

Figura 4.14: Perfiles Pretest y Postest en los cuestionarios CORE-OM y STAI-E/R de los grupos Subclínico y No Clínico

Figura 4.15: Perfiles Pretest y Postest en el cuestionario SCL-90 de los grupos Subclínico y No Clínico

Figura 4.16: Niveles de Gravedad establecidos por el cuestionario CORE-OM

Figura 4.17: Representación gráfica del Modelo de Markov creado a partir de los sujetos del grupo Control

Figura 4.18: Perfiles de los sujetos de los grupos Subclínico y No Clínico en función de los porcentajes obtenidos en los diferentes Niveles de Adaptación

Figura 4.19: Perfiles basados en las puntuaciones medias de las principales escalas clínicas de los grupos Experimental y Control en el Pretest y Postest.

Figura 4.20: Perfiles basados en las puntuaciones medias de las principales escalas clínicas de los grupos Clínico y Subclínico en el Pretest y Postest

Figura 4.21: Representación gráfica de un ciclo Markov, indicando las probabilidades de transición de un estado a otro de los sujetos del grupo Experimental en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM: Estado 1

Figura 4.22: Representación gráfica de un ciclo Markov, indicando las probabilidades de transición de un estado a otro de los sujetos del grupo Experimental en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM: Estado 2

Figura 4.23: Representación de frecuencias del Grupo Experimental en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM en los Estados Inicial, 1 y 2

Figura 4.24: Representación gráfica de un ciclo Markov, indicando las probabilidades de transición de un estado a otro de los sujetos del grupo Experimental en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM: Estado 5

Figura 4.25: Modelo SEM creado para explicar el rendimiento académico

I. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La universidad del siglo XXI se enfrenta a grandes retos educativos e institucionales, derivados de los cambios sociales y las exigencias a las que somete el mundo actual. En ese sentido, se concibe la universidad no sólo como un centro de investigación y formación de futuros profesionales, sino que también debe estar en contacto continuo con la realidad en donde se ubique (tejido empresarial, agentes sociales, comunidades, etc.) y atender las necesidades personales de sus alumnos para poder ofrecer así una educación de calidad.

Dentro de esas necesidades personales encontramos aspectos relacionados con la salud mental y los problemas psicológicos, considerados como unos de los problemas con mayor relevancia actual según la Organización Mundial de la Salud. Se estima que las tasas de prevalencia en el curso de la vida de los trastornos mentales en adultos se sitúan entre un 12,2% y un 48,6%, y que las tasas de prevalencia de 12 meses alcanzan el 8,4% y el 29,1%. Cerca del 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, constatándose una estrecha interacción entre la salud mental y la seguridad sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2008, 2013).

La prevalencia de problemas de corte psicológico en población universitaria ha sido constatada en varias investigaciones (Bayram & Bilgel, 2008; Martin, 2010; Sánchez, Martín-Brufau, Méndez, Corbalán, & Limiñana, 2010; Sarokhani et al., 2013), incluyendo estudios epidemiológicos relacionados con el consumo de sustancias, adicciones comportamentales, trastornos del estado de ánimo o problemas de aprendizaje, que de forma directa e indirecta tienen unos efectos muy negativos en el desarrollo personal y académico de los estudiantes.

Con el objetivo de actuar de manera adecuada y efectiva ante esta realidad, desde las universidades se crean los Servicios de Atención Psicológica (SAP), unidades gestionadas por psicólogos y otros profesionales de la salud y la educación, que atienden las consultas de los alumnos y desarrollan diferentes programas de intervención personales y grupales.

Con esta investigación se pretende conseguir un doble objetivo, centrado en los estudiantes y la atención de sus necesidades personales. Por un lado, se quiere conocer el estado de salud mental de una muestra de estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad de Cádiz (UCA), relacionando los índices clínicos utilizados con aspectos académicos, como la adaptación al entorno universitario o el rendimiento mostrado durante el primer curso. Por otro, se ha utilizado una muestra de estudiantes atendidos en el SAP de la citada universidad para evaluar el impacto de la intervención realizada sobre sus niveles de salud mental y sus repercusiones en otros aspectos académicos.

En primer lugar se presenta el concepto de salud mental y las variables que pueden afectar a los niveles de salud y bienestar personal. Considerando la población universitaria como grupo de referencia, se presta especial atención los factores que intervienen en la estabilidad y adaptación de los estudiantes, sus repercusiones sobre el rendimiento académico, así como los trastornos y dificultades asociadas a la vida académica, terminando con los programas de intervención llevados a cabo para paliar sus consecuencias.

La segunda parte de la fundamentación teórica gira en torno a la orientación y los Servicios de Atención Psicológica en el contexto universitario, presentando algunos aspectos de su evolución histórica, funciones y demás aspectos descriptivos. Seguidamente, se muestra de manera pormenorizada el trabajo realizado desde el SAP de la UCA.

A continuación se muestra el planteamiento del trabajo, estableciendo los objetivos e hipótesis de la investigación, concretando la muestra, instrumentos, procedimiento y demás aspectos metodológicos.

El cuarto capítulo contiene los resultados de cada una de las hipótesis planteadas junto a la discusión de los mismos, además de ofrecer los resultados de un modelo de ecuaciones estructurales.

La discusión general y conclusiones del estudio se debaten en el quinto capítulo, para terminar ofreciendo la bibliografía consultada y los anexos, donde se incluyen los instrumentos utilizados y algunas tablas estadísticas complementarias.

II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

II.1 La Salud Mental y sus repercusiones en el ajuste psicológico y personal de los estudiantes de Educación Superior.

II.1.1. El concepto de Salud Mental

Abordar el término de salud mental puede convertirse en una tarea difícil, ya que se trata de un concepto ampliamente utilizado y cuya definición puede hacerse desde múltiples perspectivas. No es objeto de este estudio profundizar en su definición, por lo que se ofrecerán algunas aproximaciones generales, para centrarnos posteriormente en sus implicaciones en el contexto de actuación que nos ocupa.

Numerosos autores defienden que el concepto actual de salud mental tiene sus orígenes en el movimiento de higiene mental estadounidense de principios del siglo XX (Lopera, 2012). Este movimiento tiene sus comienzos en el libro *A Mind That Found Itself*, escrito por Clifford Beers en 1908, donde describe su experiencia como paciente psiquiátrico en varias instituciones sanitarias. Durante su estancia en estos centros vivió en primera persona el trato humillante e inhumano propio de la época, y fundó las bases para la creación de un movimiento de higiene mental que mejoró la situación de las personas con enfermedades mentales (Beers, 1908). El psiquiatra suizo Adolf Meyer dio salida al relato de Beers, añadiendo al concepto de higiene mental la importancia de la prevención de las enfermedades mentales y el trabajo comunitario.

La Organización Mundial de la Salud define el concepto de salud mental como “*un estado de bienestar físico, social y psicológico, en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*”. Así mismo se relaciona con conceptos como el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales (Organización Mundial de la Salud, 2001). La concepción de salud mental como la mera ausencia de una enfermedad se ha superado en los últimos tiempos, ofreciéndose una visión de la salud mental en términos más positivos.

En un informe publicado en 2010 bajo el título “Salud Mental y Desarrollo”, la OMS destaca el hecho de la vinculación permanente que existe entre la salud mental y el desarrollo humano, haciendo especial hincapié en un aspecto tan importante como la educación (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Según la Federación Mundial para la Salud Mental, tiene que ver con:

- Cómo nos sentimos con nosotros mismos.
- Cómo nos sentimos con los demás.
- En qué forma respondemos a las demandas de la vida.

Por su parte, para la Asociación Española de Neuropsiquiatría, los tres principios determinantes para la salud mental y el bienestar son:

- 1) La equidad en salud es una cuestión de justicia social.
- 2) La salud y la equidad en salud son marcadores de desarrollo social.
- 3) El empoderamiento de las acciones sobre las causas nos ayudan a un mayor control de los determinantes.

En concreto, desde esta visión positiva de la salud mental, las personas mentalmente sanas se han descrito como personas que experimentan los acontecimientos diarios de una manera muy particular, de forma que (Medbarak, De Castro, Salamanca, & Quintero, 2009):

- *Están satisfechas consigo misma*: no están abrumadas por sus propias emociones como rabia, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones; aceptan las decepciones de la vida sin alterarse; tienen una actitud tolerante y despreocupada respecto a la propia persona y a los demás y son capaces de reírse de sí mismas; se sienten capaces de enfrentar la mayoría de las situaciones y consiguen placer de las cosas simples de la vida cotidiana.
- *Se sienten bien con los demás*: son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás; sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas; les gusta confiar en los demás y sentir que los otros confían en ellos; respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente; no se aprovechan de los demás ni

dejan que se les utilice; se sienten parte de un grupo y se consideran implicados en los avatares que afectan a la sociedad.

- *Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta:* se enfrentan a sus problemas a medida que se van presentando; aceptan sus responsabilidades; modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario; planifican el futuro, al que se enfrentan sin temor; tienen la mente abierta a nuevas experiencias e ideas; hacen uso de sus dotes y aptitudes; se fijan sus metas ajustándose a la realidad; son capaces de tomar sus propias decisiones y/o consiguen satisfacción en poner su mejor esfuerzo en lo que hacen.

Las diferencias de salud no sólo vienen dadas en base a la ausencia de los trastornos mentales, sino que hay que tener en cuenta el estado de bienestar de cada individuo con su propio potencial, pudiendo afrontar el nivel de estrés de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y siendo capaz de hacer una contribución a su comunidad (Pérez, 2012).

Al hablar de salud mental es necesario hacer referencia también al concepto de salud física, ya que suelen ir de la mano en cuanto a su manifestación en el bienestar de una persona. Se ha demostrado que las personas con enfermedades físicas graves o crónicas suelen tener un problema de salud mental coexistente, y que las personas con enfermedades mentales graves o trastornos de abuso de sustancias tienen problemas de salud física que quedan sin detectar o tratar, empeorando su estado de salud general (World Federation for Mental Health, 2010).

También existe evidencia que constata que el estado de salud mental tiene mucho que ver con aspectos socioeconómicos y ambientales, incluyendo variables como la pobreza, la guerra, la desigualdad, las migraciones, el desplazamiento, la discriminación racial y la inestabilidad económica (Ruiz, Frutos, García, Declos, & García, 2006)

Los trastornos mentales tienen una incidencia en la población general en torno al 27%, y además suponen la principal causa de discapacidad entre los jóvenes de 10 a 24 años (Gore et al., 2011). En España suponen la segunda causa de baja laboral y son el tercer grupo de enfermedades que suponen un mayor gasto en el sistema sanitario público (De Vicente & Berdullas, 2010).

Conocer el tipo y modo de los trastornos mentales que sufre una población nos puede ayudar a entender su nivel de salud mental y los mecanismos que subyacen la misma. Así, es desde el campo de la psicopatología de donde se han generado los modelos más extendidos para comprender el porqué de los trastornos psicológicos. Los más representativos son:

Modelo Biológico

Este modelo presupone que el trastorno mental es igual a cualquier otro tipo de enfermedad física. Así, la enfermedad mental es una consecuencia de una alteración biológica, ya sea de origen neurológico, fisiológico, genético, bioquímico, etc., y el tratamiento se centraría en la rehabilitación de esas alteraciones. Para algunos autores, se supone que una alteración del cerebro, sea del tipo que sea, es la causa primaria de la conducta anormal (Rosen, 1991; Rosenzweig & Leiman, 1989). Existe evidencia de que determinadas enfermedades infecciosas o traumáticas pueden originar lesiones cerebrales con efecto directo en el funcionamiento psicológico, pero también existen otros muchos trastornos que no pueden ser explicados desde esta perspectiva.

Dentro del marco de lo biológico surgen otras aportaciones, como los modelos genético y constitucional, que contribuyen a paliar algunas de estas deficiencias, pero siguen sin poder explicar el origen de muchas enfermedades, por lo que se clasifican según sean trastornos mentales orgánicos y trastornos mentales funcionales.

Los trastornos mentales orgánicos tienen una causa física clara, pero los trastornos mentales funcionales se definen como patrones de conducta anormales sin claros indicios de alteraciones orgánicas (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008), por lo que este modelo no es capaz de explicar la totalidad de los problemas psicológicos existentes.

Modelo Conductual

El principio fundamental de este modelo es que la conducta es fruto del aprendizaje mediante la asociación de estímulos, y que ésta se lleva a cabo en un contexto social. Por tanto, la salud mental va depender en gran parte del tipo de estimulación recibida y el modo de integrarla.

Del enfoque conductista inicial, con aportaciones clásicas de autores como I. P. Pavlov, J. B. Watson, E.L. Thorndike o B.F. Skinner, surgen una multitud de corrientes y terapias con algunas características comunes, como la objetividad de sus observaciones y diseños experimentales; el uso de los principios del aprendizaje como base teórica, ya que se entienden que los comportamientos patológicos y sus síntomas son conductas desadaptativas aprendidas, y que por tanto se pueden desaprender; y la relevancia otorgada al contexto social donde se desarrolla el individuo, ya que será éste el que proporcione experiencias vitales que condicionen su desarrollo (Belloch et al., 2008).

Modelo Cognitivo

Al hablar del modelo cognitivo hacemos referencia a un modelo centrado en los procesos de pensamiento, contemplando al ser humano como agente autoconsciente, activo y responsable de su propia conducta.

La psicología cognitiva utiliza informes introspectivos, registros psicofisiológicos, y/o datos comportamentales para establecer relaciones con los procesos mentales. Puede afirmarse que el objetivo básico de la psicología cognitiva es el análisis de las estructuras y los procesos de conocimiento que controlan la aparición de comportamientos y las experiencias extrañas y anómalas, y no tanto las conductas anormales en y por sí mismas (Ibáñez, 1982).

El campo de la psicopatología y la salud mental se configura como un área de investigación básica, cuyo objetivo se centra en estudiar los procesos mentales asociados a los estados de salud, y qué tipo de información se maneja (Díaz Cruz, 1999).

Modelo Multidimensional

La concepción actual de salud mental ha superado ya la visión reduccionista de los modelos clásicos, y actualmente se proponen modelos integradores y multidimensionales del comportamiento humano. En ellos se conjugan distintas dimensiones que interaccionan entre sí como factores ambientales/contextuales, evolutivos/históricos e individuales, donde se incluyen variables biológicas, motivacionales y de aprendizaje. (figura 2.1).

Según este modelo, no es posible atribuir la causa de un comportamiento a una única variable, y en consecuencia tampoco es posible explicar una sin las otras (Castro, 2011).

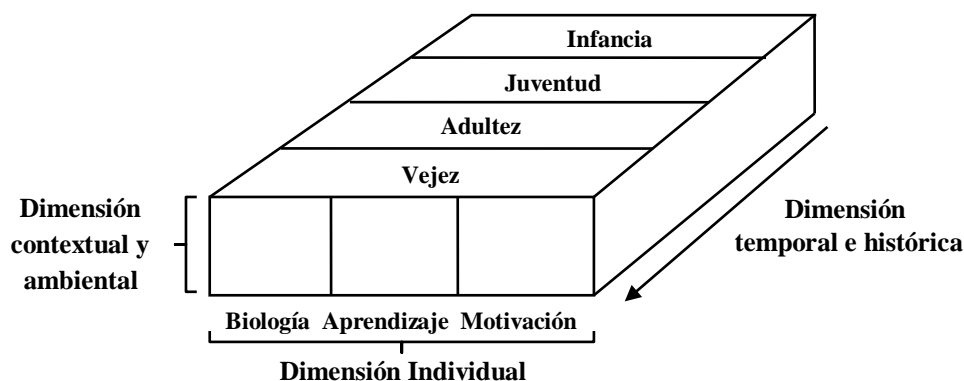


Figura 2.1: Modelo multidimensional en salud mental (Castro, 2011)

Por tanto, se considera el estado de salud mental de un sujeto como el conjunto de experiencias vitales y/o aprendizajes que se producen a lo largo de toda la vida, en el que influyen factores como la genética, la alimentación, la exposición a tóxicos ambientales, el entorno familiar, la historia educativa, las relaciones sociales y todo aquello que afecta al desarrollo humano.

II.1.2. Variables mediadoras en Salud Mental

Dentro del marco de la Red de Sanimetría, organismo formado por la OMS junto a ministerios de salud, oficinas nacionales de estadística, organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, bancos de desarrollo, asociaciones sanitarias mundiales, donantes bilaterales y expertos técnicos a nivel mundial (<http://www.who.int/healthmetrics/en/>), se establecen determinadas pautas para aumentar la disponibilidad, calidad, utilidad y uso de información sanitaria adecuada y precisa.

Para evaluar de forma efectiva el estado de salud de una persona se establece que ésta viene dada en función de factores demográficos, socioeconómicos, ambientales y conductuales, junto a diversas variables relacionadas con los sistemas de salud, como la calidad y disponibilidad de los recursos ofrecidos (Organización Mundial de la Salud, 2008). El impacto de todos estos agentes sobre el estado de salud se traduce en el bienestar de la población, así como la cantidad y consecuencias de los trastornos y enfermedades sufridas (ver figura 2.2).

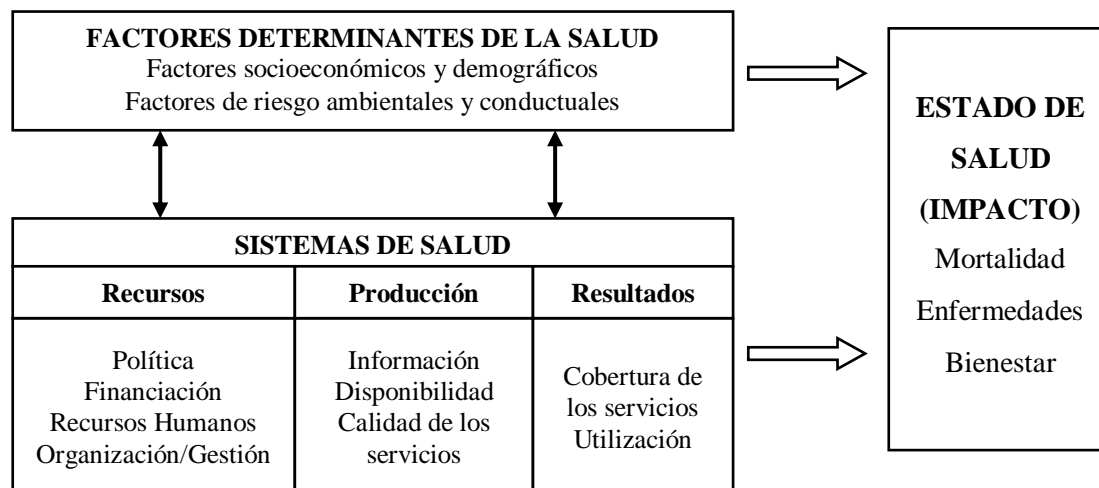


Figura 2.2: Modelo sobre determinantes y consecuencias en salud (Organización Mundial de la Salud., 2008)

Centrándonos en los factores de riesgo relativos a la salud mental, las dos grandes dimensiones de estudio incluyen:

- Variables Individuales y/o Personales: entre las que se incluyen sexo, edad, salud física, autonomía, estilo de vida (hábitos nutricionales, actividad física, sueño), rasgos de personalidad, práctica de conductas de riesgo, etc.
- Sociales y/o comunitarios: como las condiciones ambientales, vivienda, estructura y funcionamiento familiar, educación, acceso a servicios de salud, políticas sociales, etc.

Factores Individuales y/o Personales que influyen en la Salud Mental

Comenzando con la variable sexo, muchos estudios confirman la existencia de una diferenciación en la casuística de trastornos que encontramos entre hombre y mujeres, siendo estas últimas además las que presentan un mayor porcentaje de casos con algún tipo de trastorno mental. Los estudios más recientes sitúan en torno al 15,7% los hombres en España que han presentado alguna vez un trastorno mental, mientras que las cifras sitúan a las mujeres sobre el 22,9%, y 5,2% y 11,4%, respectivamente, en los últimos 12 meses (Haro et al., 2006). Respecto al tipo de trastornos, las mujeres son más propensas a desarrollar trastornos del estado de ánimo (como ansiedad y depresión), mientras que los hombres suelen presentar en mayor medida trastornos de personalidad y los relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas (Granados & Hernández, 2003; Montero et al., 2004; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, & Obiols, 2010).

Sin embargo, algunos autores defienden la idea de que esta diferenciación responde más a cuestiones relacionadas con la asunción de roles sociales y culturales.

Respecto a la edad, los estudios también confirman la existencia de trastornos asociados a determinadas etapas de la vida. En la infancia y adolescencia son más comunes los trastornos de conducta, seguidos por la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos del desarrollo y trastornos de eliminación (Aláez, Martínez-Arias, & Rodríguez-Sutil, 2000), en la madurez se presentan los trastornos del estado de ánimo, ansiedad y los trastornos relacionados con sustancias con más incidencia, y en la vida adulta prevalecen los trastornos propios de la población mayor, como demencias y depresión, aunque también encontramos estudios que señalan la existencia de trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos, o trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (Gázquez, Pérez, Lucas, & Yuste, 2008).

Si atendemos a la relación entre salud mental y la capacidad para satisfacer las demandas de la vida cotidiana, queda patente la necesidad de tener una buena percepción de las propias capacidades físicas para afrontar el día a día. La experiencia de una buena salud física carente de enfermedades intensifica las sensaciones positivas percibidas, mejorando a su vez el afrontamiento de nuevos aprendizajes.

Se ha demostrado que las personas con enfermedades físicas graves o crónicas suelen tener un problema de salud mental coexistente. Del mismo modo, las personas con enfermedades mentales graves o trastornos de abuso de sustancias tienden a experimentar un mayor número de síntomas asociados a problemas de salud física. Cada día son más las investigaciones que inciden en la relación entre la salud física y mental. Por ejemplo, en el caso de personas afectadas por dolencias clínicas crónicas, se ha demostrado cómo la depresión aumenta la carga de su enfermedad física y de sus síntomas somáticos, causando un aumento de la discapacidad funcional (Plata, Castillo, & Guevara, 2004).

Hay estudios que han podido determinar que existe una relación entre estrés, ansiedad, depresión y diversos cambios inmunológicos en los seres humanos (Herbert & Cohen, 1993; Segerstrom & Miller, 2004), de manera que una experiencia estresante puede

causar un malestar orgánico en el sujeto, el cual puede afectar a un normal funcionamiento en el individuo, que ocasione un mayor malestar emocional.

A lo largo de la vida el ser humano se enfrenta a una serie de experiencias que pueden ser una fuente generadora de estrés, especialmente las relacionadas con la pérdida de un trabajo, muerte de un ser querido o la carga de responsabilidades (Dimsdale, 2008). Una mala gestión del estrés puede producir graves problemas de salud física y mental, encontrándose que las personas con altos niveles de estrés a largo plazo son más propensas a padecer problemas coronarios (Steptoe & Kivimäki, 2012), asociándose además con problemas de ansiedad, depresión y consumo abusivo de sustancias (Prince et al., 2007).

Los rasgos de personalidad también han demostrado tener relación con el estado de salud mental, encontrándose diferentes perfiles en función de los hábitos de vida y el desarrollo de enfermedades mentales (Bruch & Haase, 2004; Joshanloo & Nosratabadi, 2009). Además, los trastornos de personalidad suelen presentar una alta comorbilidad con otro tipo de alteraciones como psicosis, consumo de sustancias o trastornos de ansiedad (Laverdière et al., 2007; Newton-Howes et al., 2010).

Los estilos de vida, relacionado con los hábitos alimenticios, la actividad física o el afrontamiento de situaciones estresantes, tienen un impacto muy importante sobre los niveles de salud mental (Curtis, Kvernmo, & Bjerregaard, 2005; Walsh, 2011). Sin duda, llevar una dieta equilibrada y la práctica de ejercicio físico de manera regular es fundamental para un correcto funcionamiento del organismo, pero además tiene grandes implicaciones a nivel psicológico. La salud mental positiva está asociada a una buena alimentación, así como con la práctica de deportes. Por otro lado, los problemas mentales se asocian a problemas de obesidad y consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas (Rohrer, Rush Pierce, & Blackburn, 2005).

Los efectos de la privación o alteración de los patrones de sueño tienen un efecto considerable sobre el estado de salud psicológica de las personas. Se ha constatado como la reducción de las horas de sueño durante un tiempo prolongado tiene efectos como somnolencia, especialmente por la mañana y en la primera semana de la reducción del sueño, cansancio, problemas de atención, pobre concentración, dolor muscular o mialgia (Miró, Cano-Lozano, & Buela-Casal, 2005). La privación de sueño

durante más de 24-36 horas provoca deterioros de la fluidez verbal, la capacidad de planificación, la creatividad y la originalidad, apareciendo además efectos a largo plazo como aumento de la ansiedad, depresión, irritabilidad o confusión general (Miró, Iáñez, & Cano-Lozano, 2002).

Factores Sociales y/o Comunitarios que influyen en la Salud Mental

El papel de las variables psicosociales y ambientales en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los trastornos mentales es de sobra conocido y asumido por prácticamente la totalidad de los modelos que estudian los factores asociados a la salud mental. Entre las variables más destacadas por demos encontrar:

Relacionadas con el grupo primario de apoyo:

Los vínculos establecidos dentro de la dinámica familiar son esenciales para un correcto desarrollo personal. Los estilos de crianza tienen un efecto directo sobre el comportamiento de los hijos, demostrándose cómo el afecto negativo se relaciona con conductas agresivas, problemas de atención y del comportamiento, mientras que el estilo autoritario lo hace con depresión, ansiedad, conducta delictiva y problemas internalizantes (Ramírez, 2002).

También se ha demostrado cómo los problemas conyugales, la comunicación y la cohesión-conflictividad familiar e intergeneracional o la psicopatología parental previa pueden ser factores que inciten o agraven la sintomatología asociada a trastornos mentales (Galindo, Morales, & Guerrero, 2009; Londoño et al., 2010; Rosa-Alcázar, Parada-Navas, & Rosa-Alcázar, 2014).

Relacionadas con la educación:

El nivel educativo de una sociedad está estrechamente relacionado con su capacidad para fomentar y promover el bienestar de su población. Invertir en educación es invertir en salud mental, y así lo constatan los numerosos informes publicados desde distintas organizaciones promotoras de la salud mental (NHS Confederation Mental Health Network, 2012; Organización Mundial de la Salud, 2004). La escuela a su vez es un entorno muy adecuado para promover programas de prevención entre los jóvenes, además de acciones que fomenten un buen clima escolar y valores como el respeto, la

integración y la diversidad que han demostrado ser muy eficaces en la promoción de la salud (Adelman & Taylor, 2000).

Relacionadas con aspectos laborales:

En el ámbito laboral son muchos los estudios desde el campo de la psicología de las organizaciones y recursos humanos los que han intentado valorar el impacto de las cuestiones relacionadas con el trabajo en el estado de salud de las personas. El síndrome de *Burn-out* descrito como una respuesta prolongada ante estresores crónicos, originados por la sobrecarga de trabajo en el ámbito laboral, es uno de las problemáticas más estudiadas, constatándose cómo sus consecuencias pueden afectar a un plano orgánico, como alteraciones de sueño, y psicológico como problemas de estrés y ansiedad (Fernández Liria & García Álvarez, 2004; Godin, Kittel, Coppieters, & Siegrist, 2005).

Por otro lado, la falta de empleo y las consecuencias económicas que eso genera en las persona también pueden ser vividas como una situación muy estresante, provocando en el individuo problemas relacionados con el estado de ánimo y asociándose también con problemas de consumo de sustancias (Espino, 2014).

Relacionadas con aspectos económicos, acceso a servicios de asistencia sanitaria u otras variables psicosociales y ambientales:

Las consecuencias de una crisis económica no se limitan exclusivamente al ámbito de las finanzas y el mercado laboral, sino que tiene muchísimas implicaciones más allá de lo económico, afectando de manera muy estrecha a la salud mental. Las consecuencias a nivel social desembocan en un empeoramiento de la red de recursos sociosanitarios, con incidencia directa en la población. Por otro lado, la capacidad para afrontar situaciones de crisis es importante como variable protectora de cara al desarrollo de trastornos mentales, ya que existe evidencia de cómo en situaciones de grave crisis económica se disparan los casos de suicidio (Roca, Gili, Garcia-Campayo, & García-Toro, 2013) así como muertes por causas relacionadas con el abuso del alcohol y otras drogas (Wahlbeck, Anderson, Basu, McDaid, & Stuckler, 2011).

II.1.3. Variables susceptibles de afectar al Rendimiento Académico y Adaptación al entorno universitario

Centrándonos en el ámbito universitario, existen muchas variables relacionadas con la salud mental que tienen una incidencia directa o indirecta sobre el desempeño académico y la adaptación de los estudiantes: gestión del estrés, autorregulación emocional, hábitos de vida, consumo de alcohol y otras drogas o la calidad de las relaciones sociales que se establecen.

La edad de los estudiantes puede estar relacionada con el rendimiento académico, encontrándose investigaciones que constatan un aumento en las calificaciones obtenidas a medida que el alumno va superando asignaturas. Esto está relacionado con factores personales, motivados por el propio desarrollo del alumno, y cognitivos, ya que según avanza en sus estudios, el alumnado posee más conocimientos y herramientas para afrontar las materias (De Koning, Loyens, Rikers, Smeets, & Van Der Molen, 2012; Hoschl & Kozeny, 1997; Salamonson & Andrew, 2006; Sheard, 2009). Aun así, otros estudios han analizado los resultados de alumnos noveles y veteranos en pruebas y tests de habilidades cognitivas, encontrando mejores resultados en los alumnos de nuevo ingreso en la universidad (Pellizzari & Billari, 2012).

Los trabajos realizados para conocer las diferencias de género en los resultados académicos son muchos y muy variados, ofreciendo distintos resultados respecto al tipo o rama de estudios elegida (Hazari, Tai, & Sadler, 2007; Ngozi, 2011; Wan Chik et al., 2012). Algunas investigaciones han intentado conocer el impacto de la orientación sexual en el desempeño académico de los estudiantes, encontrando peores índices de salud mental en estudiantes gays, lesbianas y bisexuales, los cuales ocasionan dificultades en la adaptación al entorno universitario y bajos resultados académicos (Oswalt & Wyatt, 2011).

Respecto a variables relacionadas con rasgos de personalidad, la mayoría de las investigaciones que han utilizado el modelo de los Cinco Grandes Rasgos de Personalidad han encontrado relaciones positivas entre los rasgos responsabilidad y apertura y los resultados académicos, y negativas con el neuroticismo (Chamorro-Premuzic & Furnham, 2003, 2008; De Feyter, Caers, Vigna, & Berings, 2012; Duff, Boyle, Dunleavy, & Ferguson, 2004; Furnham, 2012; Saklofske, Austin, Mastoras,

Beaton, & Osborne, 2012). También se ha estudiado el impacto de otras variables relacionadas con rasgos de personalidad y su relación con el rendimiento académico. Tener buenas expectativas respecto a los logros académicos (Day, Hanson, Maltby, Proctor, & Wood, 2010), altos niveles de autoeficacia (Fenollar, Román, & Cuestas, 2007) o la capacidad para gestionar emociones de manera positiva (González, Donolo, Rinaudo, & Paoloni, 2011) han demostrado ser buenos predictores del éxito académico de los estudiantes universitarios. Respecto a rasgos específicos, algunos estudios apuntan a que determinados rasgos son más valorados o potencialmente más necesarios para el aprendizaje de materias específicas. Por ejemplo la inteligencia emocional se presenta de manera más efectiva en estudiantes de psicología que en estudiantes de ciencias, ingeniería o económicas (Sanchez-Ruiz, Mavroveli, & Poullis, 2013), siendo además más potente en los primeros para predecir el rendimiento académico.

La prevalencia de los patrones de consumo de alcohol y otras drogas en población universitaria ha sido estudiada en muchas investigaciones. Un trabajo realizado en la Universidad de Cádiz reveló que más del 90% de los estudiantes habían consumido alcohol alguna vez en la vida, el 78% lo hacían en el momento de la investigación y el 20% presentaban un patron de consumo de riesgo moderado o elevado (Gómez, Novalbos, & O'Ferral, 2011). Respecto al consumo de cannabis, el 46,3% lo ha probado alguna vez, y el 15% lo hacía en el momento de la recogida de datos. Estos patrones de consumo coinciden con los resultados encontrados en otras investigaciones (Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo, & Nerín, 2009; Lucena, Ruiz, Pino, & Herruzo, 2013; Molina et al., 2012), y evidencian la importancia de esta problemática en la vida de los estudiantes. Los efectos negativos del consumo de alcohol sobre el rendimiento académico es evidente ya no solo por las consecuencias a nivel de salud que ello conlleva, interfiriendo en los procesos cognitivos implicados en el aprendizaje, sino por las consecuencias a nivel de hábitos de vida y dejación de responsabilidades (Mallett, Bachrach, & Turrissi, 2008; Sullivan & Risler, 2002), llegando a ser una variable relacionada con el abandono de los estudios (Aertgeerts & Buntinx, 2002)

Así mismo se ha estudiado la incidencia de distintas variables, como la práctica de relaciones sexuales de riesgo (Alvarez & Garcia-Marques, 2011) o la utilización de las redes sociales y TIC's como un nuevo modelo de socialización entre los jóvenes universitarios (Konetes & McKeage, 2011; Parra, 2010). El efecto negativo del uso

exagerado de las redes sociales cada vez se hace más evidente, modificando los patrones de comportamiento en los estudiantes y alterando sus hábitos de estudio (Kirschner & Karpinski, 2010).

También se han analizado las variables protectoras para un buen ajuste personal y académico. Numerosos estudios han analizado cómo el bienestar subjetivo experimentado por los estudiantes contribuye a una correcta adaptación y desarrollo de competencias en contextos universitarios (Cooke, Bewick, Barkham, Bradley, & Audin, 2006), destacando la importancia de adoptar medidas para proporcionar los apoyos necesarios para un correcto ajuste por parte de los estudiantes en los primeros años en la universidad (Busseri et al., 2011; Chow, 2010).

La felicidad percibida ha demostrado ser un buen predictor del rendimiento académico, (Chow, 2007, 2010; Ramírez & Fuentes, 2013), seguido de la satisfacción con los estudios, satisfacción a nivel de relaciones sociales o la percepción de una buena salud física (Reig, Cabrero, Ferrer, & Richart, 2003).

Por otro lado, el establecimiento de relaciones sociales y personales también se ha señalado como un factor clave para un buen ajuste personal y académico en la universidad (Hamamcı & Esen-Coban, 2010).

II.1.4. Salud Mental y Universidad: trastornos y dificultades asociados a la vida académica.

La prevalencia de trastornos mentales en población universitaria ha sido estudiada en muchas ocasiones, ya que los estudiantes suelen ser utilizados como una muestra de fácil acceso de cara a realizar investigaciones en el campo de la psicopatología (Caparrós, Villar, Juan, & Viñas, 2007).

Por un lado nos encontramos estudios epidemiológicos relacionados con la psicopatología general, haciendo especial hincapié en los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad. Es de sobra conocido que el riesgo de padecer algún trastorno emocional se incrementa bajo situaciones de estrés, y los estudiantes universitarios suelen vivir periodos sujetos a mucha tensión, como la entrada en la universidad o los periodos de exámenes. De esta manera se han encontrado altos niveles de ansiedad y depresión en el alumnado universitario, así como la existencia de una

incidencia considerable de trastornos adaptativos respecto a otros trastornos psicológicos (Micin & Bagladi, 2011; Vázquez & Blanco, 2008).

En varias investigaciones se han constatado cómo los niveles de ansiedad se disparan en la población estudiantil en determinados momentos críticos, tales como la adaptación al contexto universitario en el primer año, periodos de evaluación, carga superior de trabajo o el momento de terminar los estudios y decidir si continuar con la formación o ingresar en el mercado laboral (Agudelo, Casadiegos, & Sánchez, 2008; Arco, Fernández, Heilborn, & López, 2005), por lo que su impacto en la vida de los estudiantes se hace patente en numerosas ocasiones.

Respecto a los trastornos del estado de ánimo, los estudios de prevalencia ofrecen resultados muy dispares, situando la población con problemas de depresión entre el 8% (Vázquez & Blanco, 2008) y el 21% (Arslan, Ayranci, Unsal, & Arslantas, 2009). Se ha estudiado el efecto de la depresión en el rendimiento académico, encontrando una estrecha relación entre estados depresivos y ciertos desajustes en la vida del estudiante, como son bajos niveles de concentración, ausencia injustificada a las clases, considerar abandonar los estudios o el consumo de alcohol y otras drogas (Gutiérrez et al., 2010).

También se ha detectado la existencia de trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas (Webb, Ashton, Kelly, & Kamali, 1996; Wicki, Kuntsche, & Gmel, 2010) e incluso problemas de abuso de internet y nuevas tecnologías (García et al., 2008), abuso del teléfono móvil o adicción a las compras y el juego on-line (Ruiz-Olivares, Lucena, Pino & Herruzo, 2010), cuyo impacto negativo en el rendimiento académico se hace cada vez más notable (Lepp, Barkley, & Karpinski, 2014).

El riesgo de autolesiones e ideas suicidas es uno de los factores que menos incidencia tiene en población universitaria. No obstante se han intentado identificar y controlar las variables que median en la aparición de esta sintomatología, encontrándose relación con factores como la existencia de antecedentes familiares, haber padecido abusos emocionales o la experiencia de relaciones sexuales no consentidas (Mackenzie et al., 2011). Los factores que proporcionan un mejor pronóstico en estos casos hacen referencia al apoyo recibido en la escuela o la calidad de las relaciones sociales e interpersonales con el grupo de iguales (Sun & Hui, 2007), siendo los problemas de

ansiedad, depresión o el estrés diario las variables que correlacionan de manera positiva con la existencia de ideas suicidas (Izadinia, Amiri, Jahromi, & Hamidi, 2010).

Por otro lado, las demandas propias de la universidad ha generado la aparición de problemas específicos asociados a la vida académica, con graves efectos en el rendimiento de los estudiantes, como la ansiedad a los exámenes, la fobia escolar, el choque cultural en el caso de los estudiantes internacionales o comportamientos problemáticos que suelen presentarse de forma generalizada, como la procrastinación o problemas de socialización.

La ansiedad académica, también llamada ansiedad ante los exámenes, se refiere a la disposición individual para manifestar estados de ansiedad de forma más intensa y frecuente de lo habitual, con preocupaciones y pensamientos irrelevantes que interfieren en la atención, concentración y realización de los exámenes (Rosário et al., 2008).

Uno de los modelos que mejor ha sabido explicar el proceso mediante el cual se presenta la ansiedad académica en los estudiantes es el modelo transaccional propuesto por Spielberger y Vagg (1987, 1995), el cual representa los antecedentes que influyen en los comportamientos de los alumnos en los exámenes, la mediación de los procesos emocionales y cognitivos en sus respuestas a las situaciones de evaluación y las consecuencias de la ansiedad percibida. Este modelo analiza el fenómeno de la ansiedad ante los exámenes como una situación específica de rasgo de personalidad, en el cual los exámenes y otras situaciones de evaluación provocan estados afectivos y cogniciones negativas.

Los alumnos conciben la situación de examen como más o menos amenazadora en función de las diferencias individuales en ansiedad, factores personales y situacionales (dominio de la materia, motivación, interés por la asignatura, etc.). Esta percepción inicial se completa con una interpretación propia de la situación, de manera que dependiendo del grado en que la situación de examen o de evaluación sea percibida como amenazadora, el alumno experimenta un incremento en el nivel de ansiedad y de preocupación sobre uno mismo y otros pensamientos irrelevantes que derivan en una falta de concentración.

En ocasiones, la situación percibida como amenazante no se limita a la situación de examen, ya que también se han descrito dificultades relacionadas con la ansiedad ante el estudio, el miedo a las presentaciones orales en clase, la ansiedad social e incluso ansiedad ante materias específicas como lengua o matemáticas (Vitasari & Wahab, 2010).

Se han encontrado relaciones entre estrategias de aprendizaje y la experimentación de síntomas relacionados con la ansiedad académica, de manera que los estudiantes que presentan altos niveles de ansiedad utilizan estrategias de procesamiento más superficiales, mientras que los que tienen baja ansiedad utilizan una estrategia más crítica y reflexiva (Furlan, Rosas, & Heredia, 2009). Esto interfiere enormemente en el proceso de estudio, afectando a la comprensión y aprendizaje de los nuevos contenidos.

Los problemas adaptativos también se han recogido en la literatura científica respecto a la casuística de trastornos en población universitaria. Estos se describen como una reacción de desajuste ante uno o más acontecimientos estresantes (Baños et al., 2008), que provocan un malestar o deterioro de la funcionalidad en el individuo. Los criterios diagnósticos de los trastornos adaptativos según DSM-5 son la aparición de síntomas emocionales y/o comportamentales en respuesta a un estresor identificable, que se expresan como un malestar mayor de lo esperable, y/o un deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica (American Psychiatric Association, 2002).

La incidencia en los sistemas de atención primaria es muy elevada, encontrándose unos ratios entre el 10 y el 15% de las consultas ordinarias (Casey, 2009; Gómez et al., 2006), pudiendo tener consecuencias muy negativas en el caso de que la persona sufra además una enfermedad física, por lo que sus consecuencias pueden ir más allá del propio trastorno. Se ha encontrado una mayor incidencia en población femenina, y como consecuencia del impacto por la entrada al nuevo contexto universitario, el porcentaje de alumnos con dificultades de adaptación aumenta también en el primer curso.

Las consecuencias pueden derivar en problemas a la hora de relacionarse con los compañeros, dificultades en la adopción de horarios y nuevas rutinas, problemas emocionales y/o académicos (Abdullah, Elias, Mahyuddin, & Uli, 2009), aunque las

implicaciones sobre el rendimiento no están del todo claras (Grayson, 2003; Petersen, Louw, & Dumont, 2009).

Variables como claridad en las normas y el reglamento universitario, orden y organización del centro y opciones de participación en la vida universitaria se han encontrado como protectoras frente a los problemas de adaptación, si bien la mayoría de investigaciones otorgan al apoyo social y el establecimiento de una red de amistades como el factor más importante de cara a la estabilidad y ajuste del estudiante en su entorno (Soares, Almeida, & Guisande, 2011).

El aumento de la movilidad a través de diferentes programas, becas e intercambios ha fomentado el aumento de estudiantes internacionales en las universidades. El reto al que se enfrentan al llegar a un nuevo país puede propiciar la aparición de problemas de tipo adaptativo, conocidos como *choque cultural*. La gran mayoría de estudiantes refieren sufrir algunos de los síntomas relacionados, como problemas de sueño derivados de una mala adaptación al horario, problemas con la alimentación o la dificultad para establecer nuevas relaciones sociales, si bien no suelen durar mucho tiempo ni revestir consecuencias negativas graves.

Existen factores que motivan la aparición del *choque cultural*, como los problemas con el idioma, acusar las diferencias culturales, o la sensación de no estar consiguiendo nada al vivir esa experiencia, pero también hay factores de protección, como vivir en un buen ambiente, la sensación de seguridad o el establecimiento de nuevas amistades locales (Ineson & Branston, 2006).

Otro de los fenómenos que ha recibido gran interés por parte de los profesionales de la educación hace referencia a la procrastinación, definida como la tendencia a postergar y retrasar la realización de las tareas y obligaciones propias, que suele ir acompañado por sentimientos de culpa, remordimiento, altos niveles de ansiedad y la realización de conductas compensatorias, como los típicos atracones de estudio la noche antes de un examen.

La procrastinación está asociada a bajos niveles de autoconcepto académico, autoeficacia y resultados previos negativos, así como con altos niveles de ansiedad y depresión (Saddler & Buley, 1999). También se ha relacionado con factores internos,

como la motivación, la capacidad de autorregulación o la disposición en la toma de decisiones, y externos como la exposición a contextos y ambientes desestabilizadores. Los alumnos que suelen retrasar sus actividades son más propensos a no resistir las propuestas de ocio de sus iguales, especialmente cuando todavía tienen tiempo para cumplir los plazos de entrega de la tarea en cuestión (Gargari, Sabouri, & Norzad, 2011). Por el contrario, sujetos con altas puntuaciones en el rasgo de personalidad Responsabilidad se han mostrado como poco propensos a desarrollar este tipo de prácticas (Clariana, 2013).

Parecer ser un problema recurrente entre la población universitaria, con hallazgos que sitúan en torno al 80% el porcentaje de estudiantes que alguna vez han reconocido haber retrasado el estudio o trabajo académico, y un 20% de casos graves o crónicos (Carranza & Ramírez, 2003; Ozer, Demir, & Ferrari, 2009).

Las consecuencias a corto plazo de la procrastinación implican altos niveles de estrés y ansiedad, sensación de agobio, problemas de sueño o el desarrollo de conductas compensatorias, como atracones de estudio de última hora para suplir el trabajo no realizado. Las implicaciones a largo plazo suelen conllevar problemas de motivación, dificultades en la planificación y organización del tiempo de estudio, fracaso académico e incluso abandono.

II.1.5. Programas de Intervención

Desde la universidad han sido varios los esfuerzos por proporcionar a su alumnado los recursos necesarios para poder afrontar la vida académica con éxito. Los programas diseñados se han ocupado fundamentalmente de dos grandes campos: aspectos puramente académicos por un lado, cuyo objetivo se centra en proporcionar al alumnado de las competencias técnicas y procedimentales relacionadas con sus estudios, y los orientados a mejorar el bienestar personal y psicológico de los estudiantes, como los programas de prevención de conductas de riesgo o los planes de acogida a los alumnos de nuevo ingreso. Los primeros suelen ser organizados por el propio profesorado y departamentos de las universidades, en ocasiones diseñados como proyectos de Innovación Educativa, y motivados por el desajuste en el nivel de competencias detectado entre el alumnado. Los segundos, debido en parte a las particularidades de los temas tratados, son dirigidos desde los servicios de estudiantes,

departamentos de psicología o los propios servicios de atención psicológica de la universidad.

Se abordarán los distintos recursos que encuentra el alumnado en su paso por la universidad desde una perspectiva cronológica, es decir, describiendo los diferentes programas que se establecen desde la entrada en la universidad, con los cursos cero y los programas de acogida, hasta los programas específicos dirigidos a mejorar las competencias académicas y personales. Por último, se presentan también algunos programas de prevención dirigidos a la reducción de conductas de riesgo y el fomento de hábitos saludables, como programas transversales que afectan a lo largo de todo el periodo universitario.

Cursos Cero

En los últimos años se ha detectado que el desnivel de conocimientos que ofrece el alumnado que accede a la universidad es cada vez más dispar (Gómez, 2009), debido entre otros factores a que los conceptos que aprenden en la etapa previa de Bachillerato son diferentes en función del centro donde hayan estudiado previamente (Fortes et al., 2010). De esta forma, los alumnos con niveles más bajos suelen acusar mucho más las exigencias que impone la universidad, con el correspondiente riesgo de fracaso académico posterior.

Cuando se analizan los motivos que refieren los estudiantes que abandonan sus estudios universitarios, encontramos multitud de factores sociales, económicos, personales, familiares, etc. (Castaño, Gallón, & Gómez, 2006, 2008), pero además, una experiencia de fracaso académico puede también afectar a la decisión de abandonar la universidad (Álvarez, Figuera, & Torrado, 2011).

Para paliar esa carencia en el nivel de conocimientos relacionados con las materias propias de cada disciplina, en numerosas universidades se organizan los llamados Cursos Cero, unos cursos que se realizan en las semanas previas al comienzo del curso académico y en los que se lleva a cabo un repaso elemental de aquellos contenidos básicos necesarios para poder afrontar de manera adecuada las asignaturas de primer curso. Así, los alumnos pueden prepararse con la metodología de trabajo y profesores que posteriormente tendrán a lo largo de sus estudios universitarios. De forma

extendida, estos cursos están dirigidos fundamentalmente a estudios científico-técnicos, trabajando materias como matemáticas, física, química, cálculo, estadística, álgebra, etc., y con los objetivos de repasar conceptos fundamentales, reforzar la utilización correcta del lenguaje y el razonamiento matemático así como formar en conceptos que no suelen aparecer habitualmente en las Pruebas de Acceso a la Universidad (Huidobro, Méndez, & Serrano, 2010).

Los resultados de este tipo de talleres preparatorios son bastante satisfactorios, encontrando una buena acogida por parte de los alumnos, haciendo de este tipo de programas cada vez más necesarios al conectar de manera práctica las etapas educativas previas con la universidad (Lowe & Cook, 2003).

Programas de Acogida

En el momento de incorporarse a la vida universitaria, los estudiantes pueden pasar por algunas dificultades, ya que deben enfrentarse a nuevas materias, nuevos enfoques, nuevos métodos docentes, nuevos compañeros y nuevos retos profesionales y personales. Con el objetivo de ayudar a los estudiantes en su adaptación al contexto universitario, en muchas instituciones se organizan los llamados Planes de Acogida a los alumnos de nuevo ingreso, donde a través de diferentes actividades, se pretende dar la bienvenida a los estudiantes de primer curso y orientarles en todo el proceso de adaptación (Cazorla & Cuenca, 2011).

Los programas de acogida suelen estar formados por varias actividades o componentes, los cuales se articulan de manera que consiguen ofrecer una atención integral a los nuevos alumnos. De entre las dinámicas propuestas encontramos:

- ***Jornadas de Acogida:***

Se suelen llevar a cabo la primera semana del curso, donde los equipos directivos de cada centro dan la bienvenida, y en los que también participan el resto de personal relacionado con la atención de los estudiantes, como las coordinaciones de título, los tutores de curso y los distintos vicedecanatos (ordenación académica, orientación, etc.). En ocasiones durante estas jornadas se suelen realizar evaluaciones del nivel de desempeño de los estudiantes en algunas de las materias relacionadas con la titulación.

- ***Seminarios de Apoyo***

Durante los primeros días se ofertan diferentes talleres y seminarios relacionados con conocimientos y habilidades necesarias para un buen desempeño de los estudiantes, introduciendo a éstos en el manejo de servicios como los recursos informáticos que ofrece la universidad, campus virtual, biblioteca y recursos electrónicos, y otros servicios estudiantiles (deportes, extensión cultural, etc.).

- ***Tutorías entre Iguales***

Uno de los aspectos más importantes a la hora de una correcta adaptación por parte de los estudiantes hace referencia a la necesidad de contar con redes de apoyo suficientes para superar las posibles adversidades que se puedan encontrar. Así, los programas de tutorías entre iguales se presentan como una manera muy eficaz en relación a costes y beneficios para cubrir esta necesidad (Gairín, Muñoz, Feixas, & Guillamón, 2009; Marchena et al, 2010a; Quintana, Santos, & Quintas, 2009). En ellos, los alumnos de cursos superiores, tras pasar una formación específica, acogen a los alumnos de nuevo ingreso, enseñándoles las instalaciones del campus, servicios administrativos y todo aquello que facilite la adaptación al nuevo entorno universitario.

Existen experiencias de tutorías entre iguales en los que, además de mostrar los aspectos comentados anteriormente, los alumnos tutores realizan también una labor a nivel académico, sirviendo como compañeros de apoyo de cara a solucionar dudas sobre las asignaturas y la preparación de exámenes (Fernández, Arco, López, & Heilborn, 2011), aunque son programas más costosos que requieren de un mayor control sobre en la selección de la muestra y la evaluación. Aún con todo, la aplicación de los programas de tutorías entre iguales ofrece resultados prometedores, como la reducción de la tasa de fracaso y abandono, aumento de las tasas de rendimiento, mejora de las habilidades sociales, o incluso aumentos en la satisfacción con la institución y actitudes positivas hacia la misma (Durán, 2009)

Seminarios de competencias académicas

La entrada del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) ha supuesto para las universidades la necesidad de desarrollar diferentes metodologías activas para

profundizar en los procesos de construcción, personalización y disposición del aprendizaje de los estudiantes, necesario para la adquisición de una formación académica e intelectual de calidad y el desarrollo responsable y compensado de la práctica profesional para la que se forman los estudiantes (Cano, 2009; Marchena et al, 2009a).

Por ejemplo, los alumnos que afrontan el estudio de contenidos científicos (como física, química, biología, etc.) se encuentran con una serie de problemas no sólo por las características de las materias que deben manejar, sino porque no cuentan con el repertorio lingüístico básico para entrar en contacto de manera efectiva y variada con dichos contenidos (Irigoyen, Acuña, & Jiménez, 2010).

De este modo, en los últimos años han aparecido iniciativas por parte del profesorado implicado en los planes de estudio para minimizar las consecuencias de la falta de competencias adecuadas para el desempeño académico y profesional de los estudiantes. Los cursos están centrados en competencias académicas y procedimentales, las cuales se han demostrado como esenciales para un correcto aprendizaje de los estudiantes en la universidad (Erling & Richardson, 2010; Hermida, 2009; Lotkowski, Robbins, & Noeth, 2004).

Por un lado podemos encontrar talleres sobre contenidos transversales, importantes para el estudiante independientemente de la titulación que se encuentre cursando, como talleres de lectura comprensiva, escritura científica, técnicas de memorización, análisis y síntesis de textos, técnicas de subrayado, organización y gestión del tiempo o aprendizaje de recursos electrónicos, como gestores de referencia, bases de datos, etc.

Ya en la década de los 90 encontramos buenos ejemplos de programas de refuerzo de técnicas de estudio, como el puesto en marcha desde el Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (Hernández & Polo, 1993). La insatisfacción con los resultados obtenidos junto al tiempo empleado para ello, llevan al alumnado a demandar técnicas de estudio, que a su vez puede estar motivada por la falta de recursos y competencias básicas (lectura, comprensión, memorización, etc.), una falta de planificación o la ausencia de un ambiente propicio para el estudio. El programa se articula a través de las aportaciones de la psicología conductual y del aprendizaje, manejando conceptos como control de condiciones ambientales, refuerzos y

autoreforzos o fijación de objetivos, y sigue una secuencia lógica en el desarrollo de sus actividades: evaluación inicial, planificación del tiempo, concreción de metas, cumplimiento de objetivos y autoreforzos, con el consiguiente aumento de la satisfacción y el rendimiento académico.

Por otro lado, se han desarrollado también programas de entrenamiento en competencias específicas relacionadas con la profesión para la que se están preparando, como habilidades de comunicación (Anderson, Ford, & Thorpe, 2011) o escucha activa y asertiva (Boudreau, Cassell, & Fuks, 2009) en profesionales sanitarios, habilidades para desenvolverse de manera adecuada en un laboratorio de química (Cejas & Castaño, 2004) habilidades de gestión en alumnos de ingeniería (Sánchez-Alejo, Aparicio, Álvarez, & Galindo, 2010) e incluso la simulación de situaciones reales (Siller, Rosales, Haines, & Benally, 2009) en donde deben enfrentarse a problemáticas propias del desempeño profesional.

Seminarios de competencias personales

Tradicionalmente, el interés por la formación de los alumnos se ha centrado en el desarrollo de competencias académicas genéricas y propias de cada disciplina. Sin embargo, a raíz del cambio metodológico impuesto por el EEES, aparecen con fuerza iniciativas dirigidas al entrenamiento y perfeccionamiento de ciertas habilidades personales básicas, que también van a tener su repercusión en la evolución de los estudiantes. Factores como el sentimiento de autoeficacia, la autoregulación emocional, el establecimiento de metas académicas, red de apoyo institucional, disponer de apoyo social, ciertas influencias contextuales (factores familiares, económicos) y la participación en la vida universitaria se han revelado como variables con un efecto importante en la adaptación y el rendimiento académico de los estudiantes (Dacre & Qualter, 2012; Lotkowski et al., 2004; Schulz, 2008).

Un claro ejemplo de este tipo de actuaciones la encontramos en la Universidad Carlos III de Madrid donde se organizan, bajo el Servicio de Orientación Psicológica y Psicopedagógica, el llamado Programa de Mejora Personal (http://portal.uc3m.es/portal/page/portal/cultura_y_deporte/orientacion/pmp), formado por un conjunto de talleres que permite a los estudiantes entrenarse en habilidades y destrezas complementarias a la formación académica. Sus objetivos se centran en:

- Contribuir al desarrollo personal y la formación integral de los estudiantes.
- Reforzar la adquisición y desarrollo de competencias generales.
- Optimizar el aprendizaje, la integración, el rendimiento y el éxito académico.
- Fomentar el desarrollo del talento, el sentido social, calidad humana y valores.
- Ofrecer un espacio abierto, de intercambio, reflexión, autoconocimiento y crecimiento personal.
- Potenciar habilidades que contribuyan al futuro desempeño eficaz en contextos reales y diversos.

Se utiliza una metodología dinámica y participativa, promoviendo la construcción activa, significativa y reflexiva de nuevos aprendizajes, fomentando habilidades como el diálogo, el debate, el intercambio y contraste de opiniones, el trabajo en grupo, la preparación y exposición de temas, la realización de ejercicios prácticos, simulaciones, casos reales y dinámicas grupales (Ballenato, 2011).

También existen experiencias encaminadas a la preparación de estudiantes internacionales y minimizar los efectos del *choque cultural* (Lacina, 2002) o al desarrollo de competencias propias de la vida laboral, con talleres de búsqueda de empleo, confección de un currículum vitae, preparación de una entrevista de trabajo o técnicas de resolución de conflictos en el ámbito profesional (Beas & Llorens, 1998; Myers, 2005; Rosenthal, 2002) con resultados muy positivos entre sus participantes.

Programas de Prevención de conductas de riesgo

La puesta en marcha de programas de prevención dirigidos a jóvenes universitarios ha sido una de las iniciativas más promovidas desde las instituciones. El periodo universitario es un momento de vital importancia en el desarrollo de los estudiantes, en el que se conforma la personalidad del individuo y se produce el tránsito a la vida adulta, con la consecuente asunción de roles y obligaciones. Se trata por tanto un momento crucial para la fijación de hábitos saludables, minimizando la probabilidad de reproducir conductas de riesgo y sus consecuencias.

Son muchos los comportamientos que pueden ocasionar problemas de corte psicológico en los jóvenes universitarios, si bien los comportamientos relacionados con el uso y

abuso de sustancias han sido de los que mayor interés ha despertado entre los profesionales de la salud.

Para que los programas de este tipo sean efectivos deben cumplir una serie de requisitos, entre los que se destacan (Londo & Vinaccia, 2005):

- Deben estar dirigidos de manera específica, más que universal, es decir, teniendo en cuenta que cada conducta es un fenómeno complejo asociado de manera particular a multitud de factores.
- Deben incluir métodos de enseñanza centrados en orientar al individuo acerca de cómo debe ocurrir el cambio, en qué dirección y cuándo. Sus actividades deben estar basadas en el desarrollo de habilidades que faciliten la participación de los jóvenes tanto en la formulación del problema como en el diseño de alternativas de prevención.
- Tienen que estar fundamentados en un modelo explicativo de las conductas a modificar, que guíe la elección de la estrategia y destaque los aspectos relevantes de la intervención.
- Deben incluir diversas metodologías de intervención, que garanticen su impacto en todos los niveles, facilitando la adquisición de habilidades y promoviendo la participación de los jóvenes en actividades que les resulten interesantes.
- Deben ser socioculturalmente relevantes, es decir, que tengan en cuenta las normas de la comunidad, las prácticas y creencias culturales, así como el papel que desempeña esa conducta en el contexto de intervención.
- Deben promover el establecimiento de relaciones positivas entre los adultos (profesores, familiares y profesionales de la salud) y los jóvenes, que faciliten una interacción que fortalezca la conexión joven-familia-universidad-comunidad y hagan posible alcanzar los objetivos de las acciones de prevención.
- La dosificación de los programas debe ser suficiente en términos de intensidad, duración, calidad, cantidad y tiempo respecto de las necesidades planteadas.
- Las acciones de prevención deben ocurrir en el momento apropiado, cuando aún es tiempo de disminuir el riesgo, y no permitir que el problema pueda aparecer.
- La evaluación de los resultados se hace indispensable para determinar su efectividad.
- Los profesionales encargados de diseñar e implantar los programas de prevención deben estar bien formados y poseer adecuados conocimientos sobre los jóvenes, su

salud, los principales problemas que los aquejan y los recursos con los que cuentan. Estos profesionales deben ser sensibles, competentes, entrenados y con una visión multidisciplinaria.

- Deben participar todos los agentes sociales: institución educativa, instituciones políticas y sociales, familias, comunidades, etc., de forma que no se trabaje de manera aislada, o con programas que puedan solaparse o repetirse (con el consiguiente sobregasto económico y de recursos).

Existen muchos ejemplos de programas de este tipo, abarcando aspectos relacionados con el consumo de alcohol (Bewick, Trusler, Mulhern, Barkham, & Hill, 2008; Hallett, Maycock, Kypri, Howat, & McManus, 2009; Marchena et al., 2011; Palombi, 2006), tabaco (Martín, Fernández, Ordóñez, Molina, & Manuel, 2008), sustancias psicoactivas (Tirado, Aguaded, & Marín, 2013; Vega & Aguaded, 2004) o adicciones comportamentales, con programas dirigidos a reducir el abuso en la utilización de nuevas tecnologías (Quintero, Martín, & Fuentes, 2012). También hay experiencias en la prevención de conductas sexuales de riesgo (García et al., 2014; Vladutiu, Martin, & Macy, 2011) o relacionados con la violencia de género (Aguilar, Alonso, Melgar, & Molina, 2009; Valls, Torrego, Colás, & Ruiz, 2009).

De forma paralela, además de prevenir conductas de riesgo, se generan multitud de programas encaminados a fomentar buenos hábitos de vida en los estudiantes, promoviendo una adecuada alimentación (Alves & Boog, 2007; Dunne & Somerset, 2004) o la práctica de una vida activa (Ortís et al., 2007; Singh & Mathew, 2007).

II.2. La Orientación Psicológica y los Servicios de Atención Psicológica en la Universidad.

II.2.1. La Orientación Psicológica.

El concepto de orientación es un término que no es fácil de encuadrar, debido en gran parte a la cantidad de modelos teóricos que han intentado acotar su definición y la diversidad de campos en los que se ha podido aplicar y desarrollar.

Como punto de partida vamos a entender la orientación como un proceso de apoyo, sistemático y continuado, dirigido a diferentes niveles (vocacional, académico, personal, profesional, social, etc.), con el objetivo de conseguir una correcta adaptación de un individuo a su contexto, ayudar en la toma de decisiones o la solución de problemas. Álvarez y Bisquerra (1996) le dan especial importancia a los programas de prevención y al concepto de desarrollo humano como objetivo básico de la orientación, y enfatizan la necesidad de contar con diferentes agentes educativos y sociales para alcanzar su máximo potencial.

Existen multitud de referencias clásicas acerca del origen de la orientación, con aportaciones de Platón o Aristóteles en la antigua Grecia; Sato Tomás de Aquino o Ramón Llull en la Edad Media; o pensadores humanistas como Huarte de San Juan (Bisquerra, 1995; Santana-Vega, 2007), quienes apostaban por una educación basada en principios pedagógicos o centrada en los alumnos y sus capacidades. Pero los inicios de la orientación suelen situarse en el ámbito de la orientación profesional, dirigida a la selección de perfiles adecuados a los diferentes puestos de trabajo en los inicios de la era industrial. Poco a poco se empieza a extender y difundir a las escuelas, donde se desarrollan programas centrados en reforzar los procesos de enseñanza-aprendizaje. Sin duda, la conexión entre el mundo educativo y el laboral justifica por sí sola esta transmisión de conocimientos y formas de actuar.

Para limitar aún más el concepto de orientación, se hace necesario distinguir entre los términos anglosajones *guidance* (orientación) y *counseling* (asesoramiento), ya que en ocasiones se han utilizado de forma indiferente. Podríamos decir que el término *guidance* hace referencia a un proceso de ayuda académica, centrada en los procesos de aprendizaje y en la resolución de problemas, dirigida de forma sistemática y con el

objetivo claro de ayudar al estudiante en su proceso educativo. Por otro lado, el *counseling* alude a un tipo de ayuda más personal, centrada en la comunicación y dirigida a la toma de decisiones en problemas concretos, que no se desarrolla exclusivamente en contextos académicos.

Un aspecto diferenciador de la orientación respecto a otro tipo de apoyos o ayudas que puedan darse en un contexto educativo, es su carácter continuo y prolongado en el tiempo. Así, muchos autores (Guinee & Ness, 2000; Polat & Jenkins, 2005; Vieira & Vidal, 2006) apuntan a la necesidad de ofrecer la orientación de una forma integral, enmarcada en un contexto concreto, y actuando antes, durante y después de su paso por un determinado ciclo educativo.

Sin embargo, a la hora de trasladar estas premisas a la realidad del ámbito académico, se observa cómo esta orientación se ofrece sólo en las etapas educativas obligatorias, para desaparecer en parte una vez se alcancen etapas educativas superiores.

El *counselling* o asesoramiento psicológico puede adoptar numerosas perspectivas, en función del modelo teórico del que parta. Así encontramos la perspectiva psicométrica, centrada en el diagnóstico diferencial a través de la aplicación de tests, para la detección de alumnos con problemas y poder así diseñar estrategias de intervención adecuadas; el modelo médico, ligado al concepto de salud mental, de carácter asistencial y orientado al diagnóstico individual y rehabilitación de déficits; o el modelo humanista, centrado en aspectos afectivos, motivacionales o de personalidad, y donde la escuela se convierte en un contexto clave en el desarrollo integral de la persona.

El modelo biopsicosocial (Engel, 1977) asume la existencia de múltiples factores implicados en el devenir de las personas, que interactúan entre ellos y confieren una visión holística e integradora del desarrollo humano. Desde esta perspectiva, el asesoramiento psicológico implica un ejercicio de comprensión y acercamiento hacia el usuario de la intervención, convirtiéndose éste en agente activo de su proceso de cambio.

II.2.2. El Asesoramiento Psicológico en la Universidad

En los últimos años las universidades europeas han sufrido una gran transformación a distintos niveles, derivada fundamentalmente del Proceso de Bolonia y la entrada en

vigor del llamado Espacio Europeo de Educación Superior - EEES (European Higher Education Area - EHEA). Dentro de este profundo cambio aparecen con fuerza los llamados Students Services, servicios que van a participar como agentes activos en esta evolución de las instituciones de Educación Superior.

El punto de partida comienza en 1999 con la Declaración de Bolonia, donde los ministros de educación de 30 países europeos firman un tratado centrado en los principios de calidad, movilidad, diversidad y competitividad, y orientado a la consecución, entre otros, de dos objetivos estratégicos: el incremento del empleo en la Unión Europea y la conversión del sistema Europeo de Educación Superior en un atractivo para estudiantes y profesores de otras partes del mundo. A partir de entonces se han venido sucediendo toda una serie de conferencias y declaraciones que han ido dando forma al momento actual, como en Praga (2001), donde se incluyen actuaciones dirigidas a implantar estrategias de aprendizaje a lo largo de la vida; Berlín (2003), donde se engloban los estudios de doctorado y tercer ciclo; Bergen (2005), centrado en la dimensión social del Proceso de Bolonia; o Londres (2007), aumentando ese carácter social.

Es en Bergen (2005) donde se avanza en el compromiso social de la Educación Superior, dejando patente el *“compromiso de hacer la educación superior de calidad igualmente accesible para todos, y la necesidad de establecer las condiciones apropiadas para que los estudiantes puedan completar sus estudios sin obstáculos relacionados con su origen social y económico”* (Declaración de Bergen, 2005).

Esta llamada “dimensión social” del Proceso de Bolonia queda muy bien reflejada en el Comunicado de Londres de Mayo de 2007, donde deja claro que: *“La educación superior debe desempeñar un papel importante en el fomento de la cohesión social, la reducción de las desigualdades y elevar el nivel de conocimientos, habilidades y competencias en la sociedad. La política debe, por tanto, aspirar a maximizar el potencial de los individuos en términos de su desarrollo personal y su contribución a la sostenibilidad democrática y la sociedad del conocimiento.”* (London Communiqué, 2007).

Cabe destacar cómo, desde las instituciones encargadas de gestionar todo este proceso, se insta a las universidades a ofrecer todo un sistema de apoyos y recursos dirigidos a

los estudiantes, pero sin especificar cómo debe hacerse. Es competencia de cada universidad el proporcionar dichas ayudas, pero sin concretar cómo deben gestionarse, si bien es cierto que pueden encontrarse una serie de recomendaciones. El Grupo de Trabajo del Proceso de Bolonia sobre la Dimensión Social crea un pequeño documento marco donde plantea a las universidades una serie de cuestiones relacionadas con la atención integral del alumnado, que ayudarían en la implantación de dichos sistemas de ayuda. Entre esas recomendaciones encontramos (Bologna Process Working Group on Social Dimension, 2007):

- Medidas para promover la igualdad de oportunidades: con preguntas del tipo ¿Qué obstáculos existen para la igualdad de oportunidades en Educación Superior? ¿Qué protección existe si un estudiante es discriminado cuando solicita ser admitido en sus estudios? ¿Qué acción sería la más eficaz para lograr la igualdad de oportunidades en Educación Superior?
- Medidas para ampliar el acceso y la participación en la educación superior de grupos minoritarios (origen étnico, inmigración, nivel socio-económico, discapacidad, etc.): planteando cuestiones como ¿Qué grupos minoritarios existen en el sistema nacional de Educación Superior? ¿Existen obstáculos de acceso y/o participación dentro de tu sistema de Educación Superior?
- Medidas para mejorar la calidad de la experiencia del estudiante: con preguntas relacionadas con la orientación y asesoramiento de los estudiantes del tipo ¿Qué tipo de orientación académica o profesional se proporciona a los estudiantes? ¿Cuál es la proporción entre estudiantes y el personal que trabaja en la Universidad? ¿Existen medidas adaptadas a diferentes grupos o individuos con necesidades diferentes? **¿Existe un centro de asesoramiento psicológico si los estudiantes tienen problemas personales?** ¿Existe un seguimiento del desarrollo académico del alumno? ¿Proporciona apoyo específico a grupos de estudiantes determinados (estudiantes internacionales, estudiantes con discapacidad, etc.)?
- Intervención en los sistemas de gobierno de la educación superior, y medidas para aumentar la influencia y participación del estudiante: ¿Existen mecanismos formales para que los estudiantes puedan participar en todos los niveles de gobierno, en los órganos consultivos, así como en la toma de decisiones? ¿Hay maneras informales para que se dé dicha participación? ¿Los estudiantes conocen sus derechos?

- Medidas para monitorear y evaluar el impacto del plan de acción: ¿Qué mecanismos de evaluación serían los más adecuados? ¿Cómo se podría medir el éxito en el fortalecimiento de la dimensión social a corto y a largo plazo? ¿Qué datos cuantitativos y cualitativos son necesarios? ¿Hay encuestas para medir el impacto de una estrategia de dimensión social en los estudiantes?

Para conocer si se están llevando a cabo las acciones pertinentes para lograr las metas planteadas por el EEES, desde 1999 la European University Association (EUA) emite los llamados Informes de Tendencias o *Trends Reports* donde, a través de cuestionarios y evaluaciones externas en instituciones de educación superior europeas, se recopila información de todas las universidades participantes. De esta manera se lleva a cabo una especie de evaluación continua para conocer si se están alcanzando los objetivos propuestos. Ya se ha publicado la sexta edición, y la próxima está pendiente para la primavera de 2015. En la última edición “Trends 2010: A decade of change in European Higher Education” (EUA, 2010) se plantean toda una serie de interrogantes relacionados con la atención integral del alumnado. Cabe destacar la constatación por parte de este informe de la poca atención que ha recibido los Servicios de Atención al Estudiante durante los primeros años de la implantación del Proceso de Bolonia, a pesar de considerarse una parte fundamental en la formación del alumno. Se ha constatado la existencia de perfiles cada vez más dispares entre el alumnado universitario (Salmerón, 2001), debido en parte a las diversas vías de acceso existentes a los estudios superiores, y la creciente movilidad de estudiantes a nivel internacional, fenómeno que hace más necesario este tipo de servicios.

De entre los Servicios de Atención al Estudiante se incluyen los servicios de orientación académica, alojamiento, asesoramiento psicológico, instalaciones deportivas, información sobre oportunidades de estudio y desarrollo profesional, capacitación en idiomas y actividades sociales y culturales. El informe revela un aumento en la presencia de servicios de asesoramiento psicológico, pasando de un 55% de instituciones europeas que cuentan con este tipo de servicios en 2007, al 66% que existen en 2010. Este aumento respecto al 2007 pone de manifiesto la creciente visión integral del alumnado universitario y constata la importancia de no sólo aspectos académicos para el desarrollo del estudiante.

A pesar de que los datos puedan parecer positivos, este aparente crecimiento en los servicios de atención al estudiante no queda bien reflejado en el organigrama institucional por diversos motivos. Por un lado, no queda claro qué tipo de unidades deberían de formar parte de este “paquete” de servicios, ya que algunas instituciones limitan la actuación al plano puramente académico, mientras que otras tienen una concepción más integral en la atención al estudiante. Por otro lado, las políticas sociales universitarias están sujetas a otro tipo de actuaciones de ámbito local o nacional que también ofrecen ayudas en cuestiones relativas al alojamiento, seguro médico, etc., que hacen de la atención al estudiante una cuestión que depende mucho de la naturaleza de cada institución.

II.2.3. Los Servicios de Atención Psicológica Universitarios.

Bajo este panorama, afectado por las continuas reformas educativas y la existencia de diferentes normativas que no dejan claro cómo aplicar las políticas sociales en la Educación Superior europea, los servicios de asesoramiento psicológico universitarios van consolidándose poco a poco en cada institución. A lo largo de la última década han sido numerosos los esfuerzos por parte de las diferentes universidades europeas por atender las necesidades psicológicas de sus estudiantes, si bien su desarrollo se caracteriza por una gran descompensación entre las distintas instituciones y su aparente heterogeneidad.

En países como Holanda, Francia, Suecia o Austria existen toda una red de servicios médicos y sociales donde el alumnado puede recibir atención especializada. En ocasiones son externos a la universidad, pero con convenios de colaboración donde existen ventajas económicas para los estudiantes (Aastrup, 2007). En el Reino Unido, por ejemplo, existe una red de servicios de Counselling, coordinados por Heads of University Counselling Services (HUCS), grupo de interés de la Association for University and College Counselling (AUCC), que a su vez es una división de la British Association for Counselling and Psychotherapy (BACP). En la web <http://www.student.counselling.co.uk> aportan información acerca de sus funciones, y los tipos de problemáticas que abordan, incluyendo temas relacionados con la ansiedad académica, problemas emocionales, dificultad en la toma de decisiones, cuestiones relacionadas con el abuso de sustancias, relaciones sexuales, problemas de adaptación o el control de la agresividad. Además de tener acceso a un amplio material sobre los

temas descritos, se pueden encontrar los enlaces a las páginas web de los diferentes servicios existentes, así como las instrucciones para poder acceder a ellos.

La experiencia en los países del ámbito europeo está determinada por numerosos factores políticos, económicos, sociales y/o culturales, y en ocasiones es difícil acceder a la información de sus servicios, bien porque no aparecen en la estructura institucional, o porque no existe una web de referencia, o incluso ésta se encuentra sólo en el idioma local del país. Sin embargo, existen asociaciones y grupos de trabajo a nivel europeo e internacional que permiten conectar con el trabajo de numerosos servicios de asesoramiento psicológico universitarios.

A nivel europeo encontramos el grupo de trabajo Psychological Counselling in Higher Education (PSYCHE), considerado como una comunidad de expertos en la European Association for International Education (EAIE: <http://www.eaie.org>). La EAIE es una asociación internacional con más de 2500 miembros en Europa y resto del mundo. Su objetivo es poner a disposición de los profesionales que trabajan en la internacionalización de la Educación Superior los conocimientos, recursos, formación y redes de contacto que necesitan para realizar con éxito su trabajo. En la actualidad la profesora del departamento de Didáctica de la Lengua y de la Literatura de la UCA, Laura Howard, es su presidenta para un periodo de dos años, después de completar dos años como presidenta. El grupo PSYCHE, fue creado originalmente en 1991, bajo el European Forum for Student Guidance (FEDORA), organismo que se disolvió en 2012 y cuyos grupos de trabajo pasaron a formar parte de la EAIE. Integrado por expertos en el campo de la orientación y el asesoramiento psicológico dirigido a los estudiantes de Educación Superior, pretende conectar a los diferentes profesionales involucrados para garantizar la calidad del asesoramiento psicológico ofrecido a los estudiantes de cualquier índole, nacional e internacional, además de mejorar la visibilidad e importancia de los servicios de asesoramiento psicológico dentro del sistema universitario. PSYCHE promueve la idea de que los servicios de asesoramiento deben considerarse como una parte indispensable en cada institución de Educación Superior, fortaleciendo la idea de que el aprendizaje académico implica también un desarrollo y crecimiento personal.

Los principales objetivos de PSYCHE son:

- Proporcionar redes de trabajo sobre cualquier aspecto relacionado con el estudiante en Educación Superior, como orientación vocacional y/o profesional, asesoramiento psicológico, técnicas de estudio, motivación, etc.
- Intercambiar información y experiencias a nivel europeo entre los profesionales de la orientación y el asesoramiento psicológico.
- Mejorar la calidad y eficacia de la orientación y asesoramiento en cada uno de los países europeos.
- Colaborar con organizaciones nacionales e internacionales involucradas en la orientación y asesoramiento en educación superior, con el fin de transmitirles las opiniones de profesionales en el campo de la orientación académica y asesoramiento psicológico.
- Proporcionar una red de apoyo a los programas de la Unión Europea dándolos a conocer entre las diferentes instituciones de educación superior, así como a los estudiantes actuales y futuros.
- Promover y realizar estudios e investigaciones sobre diversos aspectos de la orientación académica y asesoramiento, publicando y difundiendo los resultados.

II.2.4. Los Servicios de Atención Psicológica en las Universidades Españolas.

La evolución de los servicios de atención psicológica en España ha sido un buen reflejo de la complejidad y disparidad encontrada en el desarrollo de su sistema educativo, muy marcado también por diferentes factores sociales, políticos y económicos (A. G. Álvarez, 1999; Gago, 2013). No es la intención de este trabajo hacer un balance de la evolución histórica del sistema educativo español, por lo que simplemente se hacen referencia algunas leyes actuales que puedan ayudar a comprender el marco legal en el que nos podemos mover.

La Ley Orgánica de Universidades (Ley 4/2007 de 12 de Abril – B.O.E. 13/04/2007) incluye en el Artículo 46 de los derechos y deberes de los estudiantes la necesidad de promover la *“igualdad de oportunidades y no discriminación por razones de sexo, raza, religión o discapacidad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social en el acceso a la universidad, ingreso en los centros, permanencia en la*

universidad y ejercicio de sus derechos académicos”, así como el “asesoramiento y asistencia por parte de profesores y tutores en el modo en que se determine”.

Por otro lado, el Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, enfatiza este aspecto, instando a la creación de *“procedimientos accesibles de acogida y orientación de los estudiantes de nuevo ingreso para facilitar su incorporación a la Universidad y a las enseñanzas”*, así como *“sistemas accesibles de apoyo y orientación de los estudiantes una vez matriculados”*.

Como punto de partida respecto a la situación actual, algunos autores (Lantarón, 2014; Morais, 1993) coinciden en señalar los Centros de Orientación e Información de Empleo (COIE) surgidos en la década de los 70 como el punto de partida de los servicios de orientación universitarios. Creados a partir de las Fundaciones Universidad-Empresa, su interés se centraba en conectar a los estudiantes con el mundo laboral, una vez terminado el periodo universitario. Las 3 primeras universidades que ofrecieron este tipo de servicios fueron la Universidad Politécnica, Autónoma y Complutense de Madrid (1976), haciendo extensible el modelo a otras universidades rápidamente, de manera que en 1982 existían ya 12 universidades con este tipo de servicios de atención a la comunidad universitaria (Vidal, Díez, & Vieira, 2001).

A partir de entonces han sido varios los intentos por crear unidades de atención a las necesidades de los alumnos universitarios, en numerosas ocasiones motivados por el trabajo autónomo e independiente de profesionales que desarrollan su labor en universidades concretas, sin hacer extensible su actividad a otras universidades.

Es en la década de los 80 cuando empiezan a surgir un tipo de unidades con un carácter más social, dirigidas fundamentalmente a la atención de Necesidades Educativas Especiales (NEE), motivados por la llamada *Ley sobre la Integración Social de los Minusválidos*, del 13 de Abril de 1982. Acorde con la evolución del concepto de NEE, este tipo de servicios ha ido ampliando los colectivos a los que dirige sus intervenciones, conectando en numerosas ocasiones con los servicios de atención psicológica.

Otro tipo de actividades relacionadas con la atención personal del alumnado hace referencia a los programas de tutorización y acogida de los nuevos estudiantes, que han

ido incorporándose también de manera gradual en las instituciones educativas con una alta eficacia en sus actuaciones (Arco & Fernández, 2011).

En los últimos 15 años existe un interés creciente por conocer la oferta de servicios de atención psicológica en las universidades españolas, hecho que demuestra la aparición de varios estudios encaminados a cumplir esta tarea.

Uno de los primeros intentos por unificar toda información al respecto lo realizó la Universidad de León (Vidal et al., 2001), en el que se analizaron 131 unidades de orientación e información de 46 universidades públicas españolas. De entre ellas, el 66% trabajaban a nivel de orientación profesional, un 63% trabajaban en el plano académico, pero sólo un 30% realizaban atenciones de tipo personal o psicológico. Los objetivos referidos a este último tipo de unidades hacían referencia a:

- Informar sobre todo lo relacionado con la vida académica, personal y profesional, ayudar en la toma de decisiones y mejorar conceptos como el bienestar o la calidad de vida.
- Orientar sobre aquello que pueda afectar o interferir en el aprendizaje del alumno, su adaptación a la vida universitaria y sus necesidades educativas, así como todo lo relacionado con la atención de los alumnos con discapacidad.
- La gestión de proyectos relacionados con la salud integral del alumnado universitario, prevención de conductas de riesgo, así como ayuda en la realización de las gestiones propias de la vida universitaria.
- La formación integral del alumno, haciendo referencia tanto a aspectos académicos (gestión del tiempo, técnicas de estudio, motivación) como psicológicos (autoestima, control de la ansiedad, relajación, etc.).
- Evaluación, diagnóstico e intervención ante problemas psicológicos.
- La investigación sobre temas relacionados con la vida académica y personal del alumnado universitario. Si bien este tipo de función no repercute directamente sobre los usuarios, los resultados de estas investigaciones tienen como objetivo mejorar la calidad asistencial de los servicios de atención psicológica.

El carácter heterogéneo de estos servicios queda en evidencia al identificar los tipos de unidades que se engloban dentro de esta categoría de la atención personal, encontrando las denominaciones de Gabinetes Psicopedagógicos o Servicios de Atención Psicológica

para aquellos servicios centrados en cuestiones académicas y/o psicológicas; los Centros de Apoyo al Estudiante, dirigidos a los alumnos con discapacidad; o los Servicios de Atención Social, encaminados a la difusión de actividades de extensión universitaria (voluntariado, deportes, actividades culturales, etc). Otro punto tradicionalmente diferenciador de los servicios ha sido los destinatarios a los que dirige su trabajo, ya que si bien el 100% de las universidades consideraban al alumnado como principal beneficiario de las actividades que puedan proponerse, el 43% de las unidades estudiadas también atendían al profesorado, el 33% lo hacían al Personal de Administración y Servicios, un 26% a empresas, el 5% a las familias y un 28% incluían otro tipo de destinatarios como usuarios externos a la universidad (jubilados, egresados, etc.). Respecto a los recursos humanos, principalmente los servicios están formados por psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, personal administrativo y becarios en formación, aunque no todos están presentes en todos los servicios. Muy relacionado con este aspecto encontramos la cuestión de la dependencia institucional, ya que el apoyo económico y corporativo que pueda ofrecer la universidad para la estabilidad de estos servicios condiciona enormemente la estabilidad de su personal. Tradicionalmente han dependido de los Vicerrectorados de Estudiantes, si bien algunas de estas unidades pueden depender de otros Vicerrectorados o incluso de los propios Departamentos de Psicología.

Un estudio más completo respecto a los servicios de orientación universitaria fue el realizado por Sánchez García y colaboradores (2008), en el que se llega a evaluar 85 servicios de 66 universidades españolas entre los años 2004 y 2006. Esta cifra constituye un 89,2% de las universidades existentes (74 en total) lo que supone uno de los mayores acercamientos realizado hasta la fecha sobre este tema. De nuevo se enfatiza la dificultad que entraña limitar la muestra de estudio, motivada por la enorme variabilidad en cuestiones relativas a las funciones realizadas u órganos de dependencia institucional. De los servicios encuestados, el 76,2% realiza funciones de información y orientación profesional, el 71,4% lo hace a nivel de orientación académica, pero sólo un 47,6% lleva a cabo actividades de corte personal o psicológico. El 100% incluye al alumnado entre sus destinatarios, encontrándose además otro tipo de beneficiarios de los programas realizados como empresas (55,3%), el propio profesorado (48%), institutos de E.S.O. (36,4%), familiares (24,7% y personal de administración y servicios

(24,7%). Es importante resaltar que estos datos se refieren a la muestra completa de la investigación, y no exclusivamente a los servicios de atención psicológica.

En el año 2006, el equipo de profesionales del Gabinete Psicopedagógico de la Universidad de Granada realizó una encuesta nacional acerca de los Servicios Psicológicos y Psicopedagógicos Universitarios (Arco et al., 2006). Una vez más se alertaba de la dificultad que entraña recabar este tipo de información debido fundamentalmente a la heterogeneidad de los servicios y su continua inestabilidad institucional. Así, de las 42 universidades encuestadas sólo 24 respondieron al estudio, detectándose hasta 27 centros o unidades de atención psicológica. Las funciones realizadas incluyen la atención de necesidades personales, académicas, vocacional y profesional, además de atender las NEE de los alumnos con discapacidad. De los servicios encuestados, el 77,78% tenían menos de 10 años, dependiendo en el 59,26% de ellos de los Vicerrectorados de Estudiantes. Al hilo de la precariedad que caracteriza al personal que trabaja en estas unidades, cabe destacar que el 85% de los becarios que trabajan lo hacen cumpliendo las funciones de técnico, con la peculiaridad de que el 33,33% lleva más de 2 años trabajando en estos centros. El resto de personal que suelen formar las plantillas son profesores de las propias universidades, profesionales contratados (sobre todo psicólogos), funcionarios (personal de administración y servicios), voluntarios y alumnos de prácticas. El formato de las actividades también difiere mucho dentro de los propios servicios, encontrándose atenciones individuales, talleres, cursos de formación, jornadas, charlas, diseño de materiales, campañas informativas y programas de promoción de la salud.

Fue en el año 2009 cuando la revista *Acción Psicológica* edita un número monográfico sobre los Servicios de Atención Psicológica en las Universidades Españolas, siendo una de las compilaciones más exhaustivas realizadas hasta la actualidad. En el estudio realizado desde la UNED (Saúl, López-González, & Bermejo, 2009) se detectaron un total de 70 servicios de asesoramiento psicológico implantados en 51 universidades (debido a que en algunas universidades existen más de un servicio, que incluso actúan de manera independiente). A pesar del incremento manifestado en los últimos años, aún se detecta que el 30% de las instituciones de Educación Superior carecen de estos servicios de atención personal a la comunidad universitaria.

De entre los servicios encontrados se pueden diferenciar 3 grandes tipologías: los servicios psicopedagógicos, los servicios psicológicos y los mixtos. En los primeros destacan las actividades de corte académico y/o vocacional, centrando su actividad en cuestiones relativas a la gestión del tiempo, técnicas de estudio, habilidades comunicativas, programas de acción tutorial o asesoramiento a alumnos de secundaria con objeto de orientarles en la elección de una futura carrera universitaria. Los servicios de atención psicológica por su parte han focalizado su trabajo en aspectos relativos al asesoramiento psicológico y la intervención psicoterapéutica. En ocasiones se cuenta además con unidades especializadas en temas concretos, como unidades de orientación sexual, uso y abuso de sustancias (tabaco y alcohol fundamentalmente) o relacionados con los trastornos de la alimentación. En este estudio se vuelve a llamar la atención sobre la extrema variabilidad que existe en cuanto a las características de cada servicio, en esta ocasión haciendo hincapié en la enorme diversidad que se ha encontrado respecto a la denominación de los servicios (55 denominaciones diferentes en 70 unidades), como por ejemplo: Servicio de Atención Psicológica, Unidad de Psicología Aplicada, Gabinete Psicopedagógico, Servicio de Asistencia a la Comunidad Universitaria, Unidad de Orientación Psicopedagógica, Clínica Universitaria de Psicología o Unidad de Atención Sanitaria (por citar sólo unas pocas). Una vez más los Vicerrectorados de Alumnos o Estudiantes suelen ser las unidades institucionales más comunes para albergar estos servicios (el 60% de los encuestados), si bien existe un número considerable que dependen directamente de las Facultades de Psicología o adscritos a determinados Másteres de corte clínico y/o sanitario. Algunos de estos servicios atienden al público general conjuntamente a los miembros de la comunidad universitaria, donde además del alumnado también atienden al profesorado, personal de administración y servicios, familiares de la comunidad universitaria e incluso a preuniversitarios y egresados.

Un reportaje publicado en el periódico universitario ECCUS, en Enero de 2010, ponía de manifiesto la importancia dada a estos servicios por la comunidad universitaria, afirmando que el 75% de las universidades españolas disponen de un servicio de atención psicológica o psicopedagógica.

Quizás uno de los servicios con más tradición e historia dentro del modelo de los SPPU en la comunidad andaluza sea el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de

Málaga. Creado en 1986, cuenta con más de 25 años de experiencia en la atención de las necesidades psicológicas de la comunidad universitaria (Rando, Cano, Regueiro, & Checa, 2009). Desde sus inicios han tenido una visión asistencial pero también investigadora y de apoyo a la docencia, convirtiéndose en un centro de prácticas de diferentes titulaciones, cursos y posgrados organizados por la Universidad de Málaga. Actualmente continúan esa labor de formación con los alumnos del Máster en Psicología Clínica y de la Salud. De forma paralela cabe destacar también el continuo contacto con la sociedad, participando en numerosos proyectos e investigaciones en colaboración con otros organismos e instituciones.

Así, en el año 1995, el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga organiza el 1er Encuentro de Servicios Psicológicos y Psicopedagógicos Universitarios (ESPPU), donde se dan cita profesionales de 10 servicios de toda España. Este fue el punto de partida a toda una serie de encuentros que fueron sucediéndose cada 5 años en un principio, de nuevo en Málaga en el año 2000 (donde la cifra de servicios creció hasta 22 representaciones) y en Granada en 2006, momento en el que se decide realizar los encuentros de forma anual, repartiéndose por toda la geografía española: Barcelona, Cádiz, Alicante, San Sebastián, Madrid, Salamanca o el último en Valencia en 2014, atestiguan el aumento de la presencia de estos servicios en las universidades.

EN 2006 se crea la Asociación Española de Servicios Psicológicos y Psicopedagógicos Universitarios (AESPPU), la cual lleva a cabo su una asamblea anual coincidiendo con la celebración de los citados encuentros. Estas reuniones sirven como punto de reunión entre los diferentes profesionales que trabajan en los Servicios de Atención Psicológica, centrando las temáticas de trabajo en torno al funcionamiento y descripción de los servicios, eficacia de los programas de intervención o la aplicación de TIC's en contextos académicos.

En el momento de su constitución se establecieron como fines de la AESPPU los siguientes (AESPPU, 2009):

- El intercambio de información y experiencias relacionadas con el asesoramiento psicológico, académico y vocacional/profesional a estudiantes de educación superior, tanto en su transición de la secundaria a la educación universitaria como en su incorporación al mercado laboral.

- Potenciar la calidad en las diferentes formas de asesoramiento a la comunidad universitaria (estudiantes, PDI y PAS) mediante acciones comunes, formación de los profesionales y programas de investigación.
- Apoyar y potenciar la multidisciplinariedad de los Servicios Psicológicos y Psicopedagógicos Universitarios.
- Velar por la estabilidad y permanencia estructural de Servicios de estas características en las Universidades del estado español.
- La promoción y el desarrollo de estudios e investigaciones sobre el asesoramiento psicológico, académico y vocacional/profesional a la comunidad universitaria.
- Fomentar la movilidad del personal de los Servicios (estudiantes, PDI y PAS) y el trabajo en red.
- Establecer líneas de acción, intercambios y convenios, con instituciones y organizaciones autonómicas públicas y privadas, nacionales e internacionales con intereses similares a los de la Asociación.
- Promover la representatividad de la Asociación en órganos de gobierno a nivel estatal y autonómico.

II.2.5. El Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica de la Universidad de Cádiz.

II.2.5.1. Historia y Constitución

El Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica (SAP) de la Universidad de Cádiz tiene sus orígenes en el año 2004, cuando se crea bajo la coordinación de la Dirección General de Servicios y Acción Solidaria de la misma Universidad. Desde el comienzo se plantearon como objetivos generales el ofrecer información acerca del entorno universitario, la orientación académica y el asesoramiento personal en aquellas cuestiones que afecten el desarrollo normal del alumnado universitario (Marchena et al, 2009b). A partir del año 2007 comenzó a depender del Vicerrectorado de Alumnos, pasando en 2011 al Vicerrectorado de Ordenación Académica y cambiando otra vez en 2013 al integrarse dentro del Vicerrectorado de Responsabilidad Social y Servicios Universitarios, donde permanece en la actualidad.

Este devenir de una estructura a otra dentro del organigrama institucional de la UCA puede ser un indicativo de la frágil estabilidad que ha vivido el servicio hasta la actualidad. Acorde a lo que ocurre en otras universidades, no parece haber estado clara la ubicación natural del SAP, si bien es cierto que con el paso del tiempo ha aumentado considerablemente su visibilidad y presencia en diferentes programas y actuaciones de carácter preventivo dirigidos a la comunidad universitaria, consolidando su papel asistencial. Un ejemplo de ello queda patente al encontrar al SAP como agente activo en el desarrollo e implantación de diferentes reglamentos y normativas de la UCA, como el Régimen de Permanencia, los Programas de Orientación y Acogida a nuevos estudiantes, el reglamento de Prevención de Violencia de Género, o diferentes memorias de planes de estudio desarrolladas en esta Universidad.

Desde el comienzo se encuentra ubicado en la Facultad de Ciencias de la Educación, en gran parte motivado por la procedencia de los profesionales que han formado parte de su estructura interna: el profesorado del Departamento de Psicología de la Universidad de Cádiz. Cuenta con los emplazamientos necesarios para acoger al alumnado atendido, incluyendo una zona de recepción, sala de espera, despachos acondicionados para las atenciones individuales y sala de reuniones. Las particularidades de localización de los cuatro campus con los que cuenta la Universidad de Cádiz (Cádiz, Puerto Real, Jerez de la Frontera y Algeciras) no hacen posible la presencia del SAP en cada uno de ellos, teniendo que centralizar sus servicios en Puerto Real respecto a las atenciones individuales, si bien otro tipo de actuaciones sí se desarrollan en todos los campus.

Respecto a la organización de su personal, es preciso destacar la constante variabilidad del organigrama estructural del SAP.

A lo largo de 10 años han sido muchos los equipos que han ido formando el SAP, siempre bajo la dirección de la Dra. Esperanza Marchena, profesora del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Uno de los grandes retos a los que se ha enfrentado el SAP ha sido la estabilidad de sus recursos humanos, ya que no siempre ha contado con el reconocimiento laboral que se merece. Los primeros equipos profesionales que formaron parte del servicio lo hicieron a través de diferentes tipos de becas de colaboración, prácticas de empresa o contratos adheridos a programas o proyectos de investigación, siempre sujetos a un límite temporal muy claro. A partir del año 2009 se consigue un contrato de técnico superior a tiempo completo, cuya plaza

sale a concurso público, y un año más tarde es posible estabilizar un segundo técnico en la plantilla del SAP, los cuales se mantienen en la actualidad. Además, es posible contar con alumnos colaboradores de los profesores implicados en el servicio, así como alumnos de prácticas y personal colaborador miembro del Departamento de Psicología de la UCA (ver figura 2.2).

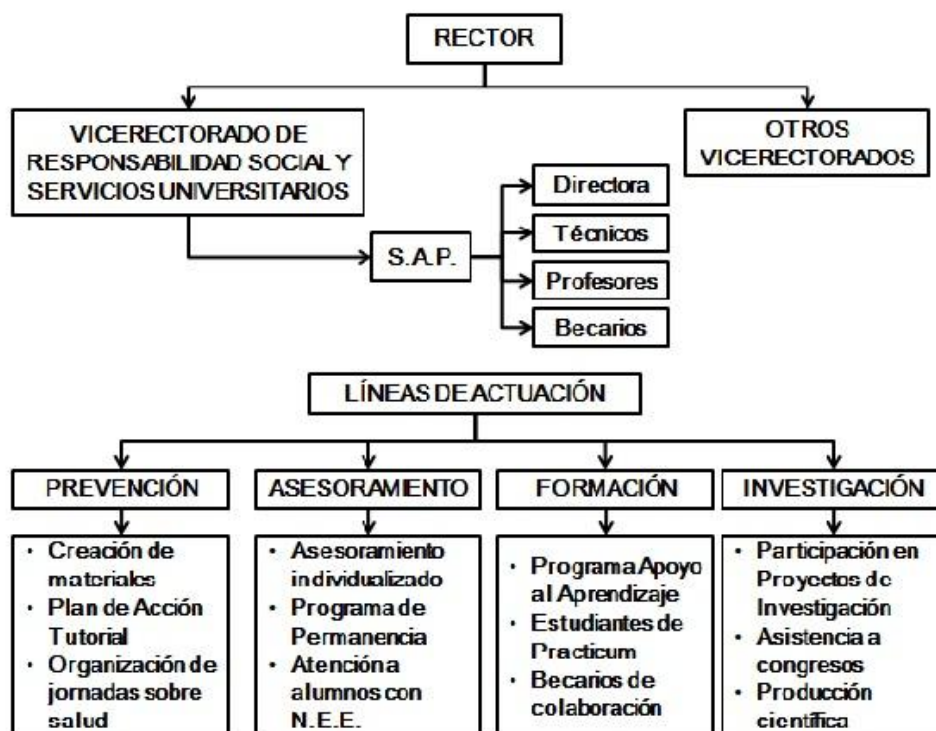


Figura 2.3: Organigrama del Servicio de Atención Psicológica

Teniendo en cuenta el organigrama propuesto en la figura anterior, son cuatro las áreas de actuación promovidas desde el SAP, incluyendo actividades de carácter preventivo, de asesoramiento, formativo e investigador.

II.2.5.2. Descripción pormenorizada de las líneas de actuación del SAP de la UCA

De forma general, son 4 grandes áreas las que vertebran el trabajo del SAP, enfocadas al diseño de actividades con fines preventivos, de asesoramiento, formativos e investigadores.

II.2.5.2.1. Prevención

Los programas de prevención primaria que se llevan a cabo desde el SAP incluyen actividades dirigidas a la comunidad universitaria con el objetivo de evitar o reducir problemas de tipo psicológico o psicopedagógico. Fundamentalmente se basan en la elaboración de materiales divulgativos, programas de tutorías entre iguales y la organización de jornadas sobre temas relacionados con la salud y el bienestar físico y mental de los estudiantes.

- *Diseño, creación y distribución de materiales de orientación psicológica y psicopedagógica.*

Una de las principales actividades preventivas del SAP se basa en la creación de materiales informativos sobre temas de interés para la comunidad universitaria. Los temas principales sobre los que tratan estos materiales divulgativos están relacionados con aspectos académicos (gestión del tiempo, atención y memorización, toma de apuntes, análisis y síntesis, habilidades relacionadas con la lectoescritura, etc.), con competencias y estrategias de trabajo (comunicación oral, trabajo en equipo, choque cultural, adaptación al cambio, gestión de proyectos, etc.), o con aspectos personales (relajación, motivación, ansiedad ante los exámenes, toma de decisiones, uso y abuso de drogas, etc.). La distribución de estos materiales se realiza mediante su edición en formato papel, que se reparten durante las distintas intervenciones y actividades formativas y preventivas, y a través de la página web donde están disponibles todos los folletos realizados (pueden consultarse en la web: <http://www.uca.es/sap/materiales>). Una característica de estos folletos es la incorporación de un pequeño cuestionario tipo *screening*, de manera que el alumno puede autoevaluarse el nivel de competencia que posee acerca del tema tratado. Una vez evaluado podrá adoptar las recomendaciones básicas propuestas o solicitar un asesoramiento más profesional. Estos materiales se complementan con talleres organizados desde el Programa de Apoyo al Aprendizaje (descrito en el apartado de actividades formativas), de manera que los alumnos pueden trabajar en aquellos aspectos en los que se encuentre más deficitario.

- *Plan de Acción Tutorial basado en la Tutoría entre iguales: “Proyecto Compañero”.*

La Tutoría entre Iguales bajo la denominación de *Proyecto Compañero* surge en el año 2004 con el compromiso de ayudar a los estudiantes de nuevo ingreso en su proceso de adaptación al entorno universitario. Este proceso se realiza a través de estudiantes de cursos superiores, los cuales cuentan ya con un conocimiento adquirido tras su propia experiencia como alumnos nóveles, y se convierten en tutores o mentores de los alumnos de nuevo ingreso. Más concretamente, los objetivos que propone el Proyecto Compañero son:

- Promover el conocimiento del entorno de la Universidad de Cádiz en el alumnado de nuevo ingreso y aportarle información sobre temas específicos de legislación, organización, servicios de la Universidad, uso de la biblioteca, becas, jornadas y cursos, etc.
- Facilitar la planificación del estudio a través de un uso más razonable y lógico de los recursos universitarios.
- Posibilitar un conocimiento conciso y práctico del alumno/a tutor al respecto del espacio universitario favoreciéndose la adquisición y consolidación de habilidades comunicativas, manejo de grupos y organización del tiempo de estudio.

Todo el programa se estructura en cuatro fases o etapas, que se detallan a continuación (Marchena et al., 2010b):

1. Difusión del proyecto y selección de los alumnos mentores.

A finales del curso anterior al ingreso de la nueva promoción de estudiantes (en los meses de Mayo y Junio), se lleva a cabo la difusión del proyecto y la selección de los alumnos que formarán parte del grupo de mentores.

2. Formación del alumnado mentor.

En las semanas previas al inicio del curso (en el mes de Septiembre), los alumnos mentores realizan un curso de formación con el objetivo de prepararse para la acogida de los alumnos noveles. La intención de este curso se basa fundamentalmente en ofrecer una información teórico-práctica, útil y efectiva, del conocimiento y manejo de determinadas habilidades para el trabajo con grupos (coordinación, diálogo, saber estar, pautas no verbales de atención y

motivación, escucha, participación, lugar de cada uno, rol dentro del grupo, gestión de conflictos...) junto con todos los aspectos referidos al funcionamiento y prestaciones de cada uno de los servicios e instalaciones de la universidad: vicerrectorados, biblioteca, becas, extensión universitaria (deportes, voluntariado, actividades culturales, etc.) secretaría, departamentos de facultad, y otros espacios comunes de interés para el alumnado (copistería, cafetería, delegación de estudiantes, etc.). Dentro de la intencionalidad de adaptación progresiva y positiva a un nuevo espacio de estudio diferente en sus dinámicas y procedimientos para el nuevo estudiante, el taller de formación incluye además una fase de análisis y reflexión sobre la organización del tiempo, el estudio y disfrute universitario, junto con la preparación previa de las asignaturas y el mejor modo para evitar ansiedad y estrés ante los exámenes.

3. Proceso de acogida y tutorización del alumnado de nuevo ingreso.

Los días previos al inicio de la actividad académica, se lleva a cabo la denominada Semana de Acogida para los alumnos de primer curso. Durante estos días los alumnos son recibidos por los equipos de dirección de los centros y se llevan a cabo diferentes actividades formativas y de evaluación de competencias básicas iniciales. Así mismo, durante estos primeros días los alumnos de nuevo ingreso son agrupados y asignados a un alumno mentor el cual los guiará y ayudará durante sus primeros días en la Universidad. El proyecto prevé cuatro sesiones de tutorización entre alumnos mentores y noveles: *Acogida*, donde se forman los grupos y se realiza un itinerario por los espacios relevantes del campus o centro; *Gestión del Tiempo*, donde se proporciona al alumnado orientaciones generales de cómo organizar el tiempo en relación a sus estudios en la Universidad y ofrecer técnicas y consejos sobre planificación y gestión eficaz de técnicas de estudio; *Biblioteca*, en el que se abarcan cuestiones relacionadas con el funcionamiento del servicio de biblioteca, el préstamos de libros, de ordenadores portátiles, las diferentes salas de lectura, hemeroteca, búsquedas bibliográficas, página Web, etc.; y *Servicios*, ofreciendo información sobre las diferentes unidades administrativas, de gestión y asistenciales de la Universidad, así como cuestiones relacionadas con la vida académica.

4. Evaluación del proyecto.

Una vez completadas las sesiones por parte de los grupos de estudiantes, se lleva a cabo una evaluación de todo el proceso, a través de diferentes cuestionarios realizados *ad hoc*, donde se incluyen valoraciones de los estudiantes, tanto noveles como mentores, respecto al proyecto (Marchena, Galo, Hervías, & Rapp, 2008). Entre las variables evaluadas se encuentran: número de participantes (noveles y mentores), número de sesiones realizadas, satisfacción del alumno novel con su mentor y con el proyecto, satisfacción del mentor con su grupo de noveles y con el proyecto.

- *Organización de talleres y jornadas sobre temas relacionados con el bienestar de los estudiantes.*

El segundo gran bloque de actuaciones dirigidas a la promoción de hábitos saludables en los estudiantes universitarios se basa en la organización de talleres, seminarios y/o jornadas temáticas sobre aspectos relacionados con la salud, como la prevención de violencia de género en parejas jóvenes, el consumo de drogas, tráfico y seguridad, sexualidad y relaciones afectivas o la promoción de estilos de vida saludables relacionados con la alimentación, hábitos de sueño, actividad física, etc.

II.2.5.2.2. Asesoramiento

Las actividades relacionadas con la atención de las necesidades de los alumnos se engloban en 3 programas o líneas específicas, dirigidas a los alumnos que solicitan de manera voluntaria una atención en el SAP, los alumnos del régimen de permanencia y alumnos con necesidades educativas especiales.

- *Atenciones Individualizadas.*

Las atenciones individualizadas, presenciales u on-line, se conciben como actuaciones basadas en un modelo de intervención donde el proceso de asesoramiento se encuentra enmarcado en un protocolo bien definido, en función del tipo de demanda que se trate. Los principios fundamentales en los que se basa el tipo de intervención podrían resumirse en:

✓ Adopción de un modelo bio-psico-social

Se concibe el estado de salud de las personas como el resultado de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, que interactúan entre ellos a lo largo de toda la vida. Se trata de un proceso dinámico y complejo, en donde no es posible atender exclusivamente una única esfera sin reconocer la influencia recíproca sobre las otras.

✓ Uso del enfoque cognitivo-conductual.

Se trata de una combinación de técnicas cognitivas y conductuales, en el que los pensamientos no son vistos simplemente como consecuencia de un aprendizaje, sino que por sí mismos también son capaces de generar comportamientos. En el caso de que estos pensamientos sean irracionales provocaran conductas problemáticas en el individuo, por lo que el tratamiento irá encaminado a romper este tipo de asociaciones y generar nuevos pensamientos y patrones de conducta positivos para el individuo (Fernández, 2005). Las técnicas utilizadas con mayor frecuencia incluyen:

- *Técnicas de Exposición*: acercando paulatinamente al sujeto con el estímulo o situación que provoca el malestar.
- *Reestructuración Cognitiva*: en el que los pensamientos negativos se sustituyen por otro tipo de cogniciones más racionales a las que le sigue el cambio conductual.
- *Detección del Pensamiento*: estrategia utilizada para controlar los pensamientos intrusivos negativos, en el que se introduce un nuevo estímulo distractor que aparta la atención del sujeto.

Las intervenciones llevadas a cabo desde el SAP tienen un objetivo claro: el cambio conductual y cognitivo. Así, el proceso de intervención se centra en la búsqueda de objetivos claros y concisos, de manera que se puedan ir alcanzando de forma paulatina y secuencial. Esta manera de entender el proceso terapéutico es muy útil de cara a conocer la evolución del mismo, actuando como mecanismo de evaluación continua. En la medida en que se vayan consiguiendo los objetivos propuestos, podremos entender la intervención como un buen

camino para el cambio conductual. La eficacia clínica de las técnicas derivadas del enfoque cognitivo-conductual es de sobra conocida, incluidas en lo que se conocen como intervenciones basadas en la evidencia según los estándares actuales (Caballo, Salazar, & Carrobbles, 2011; Caballo, 1998; Cuijpers, Smit, Bohlmeijer, Hollon, & Andersson, 2010; Heimberg, Eng, & Luterek, 2003; Morilla, Bados, & Saldaña, 2012; Mustaca, 2004).

✓ Basada en un modelo de intervención breve.

En términos generales, la terapia breve se define como un proceso de intervención limitada en el tiempo, con unos objetivos terapéuticos muy claros y centrados en el presente, entre los que se incluyen promover, mediante una estrategia sencilla y de bajo coste, un cambio en la conducta problema identificada en un sujeto. Esta limitación temporal no descarta la necesidad de trabajar en todas las fases necesarias en una intervención estándar, como realizar evaluaciones y diagnósticos previos, el propio proceso terapéutico y un seguimiento de los objetivos alcanzados (Rodríguez-Martos, 2002). Así, entre las características de la terapia breve encontramos un interés por el aumento de la motivación y la intención de cambio, un énfasis en las cogniciones y las emociones y con el objetivo último de promover la toma de decisiones y el inicio de un cambio conductual (Hewitt & Gantiva, 2009; Stiles et al., 2006). Cabe resaltar el modelo FRAMES utilizado por (Miller & Sanchez, 1994), en el que se trabaja bajo las siguientes 6 premisas fundamentales:

- ✓ *Feedback*: Proporcionar retroalimentación sobre las posibles consecuencias negativas del comportamiento que presenta el sujeto.
- ✓ *Responsability*: Importancia del papel protagonista del sujeto sobre su propio comportamiento.
- ✓ *Advice*: Asesorar sobre el cambio de conducta.
- ✓ *Menu*: Ofrecer un abanico de opciones o alternativas de cambio.
- ✓ *Empathetic*: El desarrollo de una correcta alianza terapéutica, con especial interés en la relación empática terapeuta-paciente.
- ✓ *Self-efficacy*: Trabajar la autoeficacia del sujeto sobre los objetivos propuestos.

La terapia breve ha sido utilizada en numerosos contextos y aplicada para trabajar en diversas problemáticas y alteraciones psicológicas, como en el caso de las adicciones al tabaco (Kegler et al., 2012; Rollnick, Butler, & Stott, 1997), alcohol (Bertholet, Daeppen, Wietlisbach, Fleming, & Burnand, 2005; Heather, 2011; Kulesza, Apperson, Larimer, & Copeland, 2010), fobia social (Wells & Papageorgiou, 2001), trastornos postraumáticos (Labrador, Fernández-Velasco, & Rincón, 2006) trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (Alvarado, Riveros, Gómez, Sagaceta & Raffo, 1992; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2002; Caballo & Mateos, 2000; Fernández & Fernández, 2001; Iruarizaga, Gómez-Segura, Criado, Zuazo, & Sastrem, 2000; Olivares, Sánchez, & Rosa, 1999; Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990; Vera-Villarroel, Valenzuela, & Abarca, 2005) atención a menores en riesgo (Newsome, 2004, 2005; Szapocznik, Schwartz, Muir, & Brown, 2012), encontrando además experiencias positivas en contextos universitarios (Alcoba-González, 2000; Arco, López, Heilborn, & Fernández, 2005).

- ✓ El objetivo principal se basa en la adaptación del alumno al entorno universitario.

Los problemas de adaptación se entienden como el resultado de una combinación de factores personales (personalidad, competencias académicas, habilidades sociales, etc.) y contextuales (condiciones familiares, falta de conciliación en los horarios, etc.), los cuales podrán originar consecuencias negativas en las áreas personales (estrés, ansiedad, etc.) y académicas (bajo rendimiento, falta de motivación, abandono, etc.). Si bien no siempre el motivo de consulta está centrado en motivos académicos, las consecuencias de la dificultad psicológica que presente el estudiante sí pueden afectar a este plano (ver figura 2.3).

Teniendo en cuenta una concepción holística del ser humano, parece claro que los problemas derivados de un área concreta de la persona afectarán al resto de planos en los que se desarrolla. Así, un problema familiar puede propiciar la aparición de conflictos en casa, y que el hogar se convierta en un contexto donde el estudiante sea incapaz de poder concentrarse o desarrollar sus tareas académicas. Por tanto, si bien el objetivo de la intervención sea mejorar el

bienestar personal del alumno que solicita una atención individualizada en el SAP, una de las consecuencias directas esperadas es la mejora de las condiciones que propicien un mejor rendimiento académico y personal del alumno.

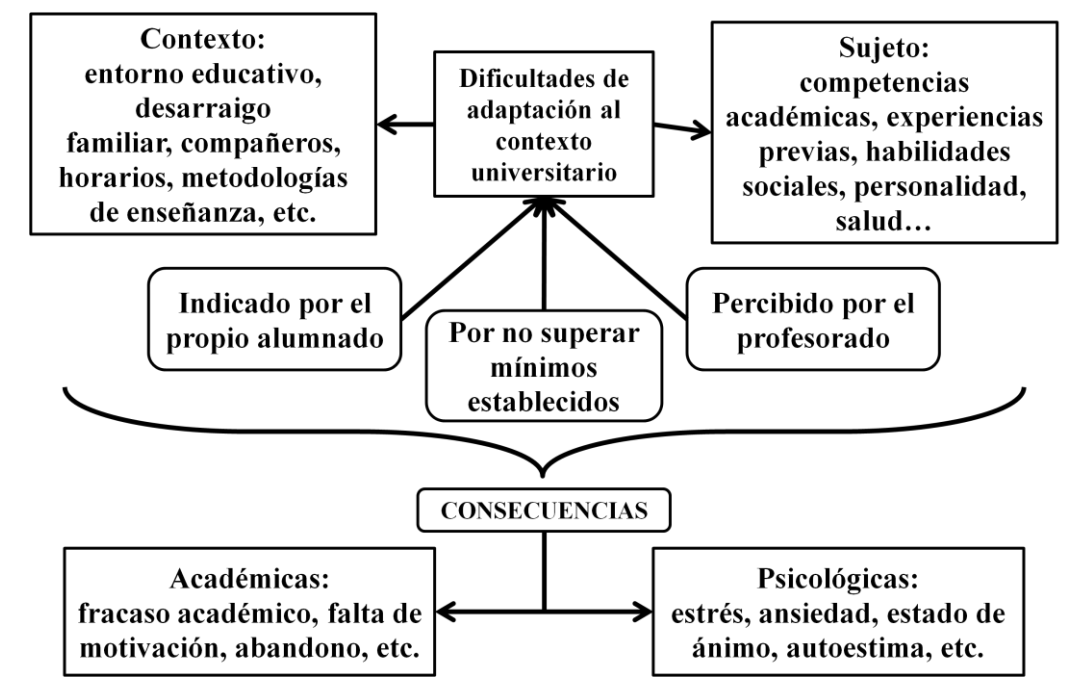


Figura 2.4: Modelo integrador de las dificultades de adaptación al contexto universitario (adaptado de J. Santacreu, 2011)

Las actuaciones que se incluyen en el asesoramiento psicológico y psicopedagógico individualizado son:

- Atención, orientación y asesoramiento psicológico sobre ansiedad ante los exámenes, exposiciones orales, motivación, mejora de autoestima, habilidades sociales, problemas familiares y de pareja.
- Intervenciones psicoterapéuticas breves a estudiantes que presentan problemas de índole psicopatológica y que afectan directamente a su rendimiento académico.
- Atención, orientación y asesoramiento psicopedagógico relacionado con aspectos de carácter académico y estrategias para mejorar el rendimiento y el currículum: organización y gestión del tiempo, planificación, toma de decisiones, técnicas de memorización, razonamiento y técnicas de estudio.

A continuación se describe el protocolo completo de actuación a nivel de atenciones individuales, desde el momento de la recepción de la demanda hasta la finalización de la misma.

1. Recepción de la demanda

Los alumnos que quieran ser atendidos en el SAP deben realizar una demanda de atención individualizada a través de la plataforma del Centro de Atención al Usuario (CAU) de la Universidad de Cádiz, ubicada en la página web institucional. En el periodo comprendido desde Noviembre de 2010 hasta Septiembre de 2014 se han recibido 508 solicitudes a través de este procedimiento, con 389 solicitudes de asesoramiento psicológico individualizado (ver tabla 2.1).

Tabla 2.1: Solicitudes recibidas desde Noviembre de 2010 hasta Septiembre de 2014

	2010 (Nov-Dic)	2011	2012	2013	2014 (Ene-Sept)	Total
Solicitud de Atención a la Discapacidad	0	0	0	0	11	11
Solicitud de Orientación Vocacional	0	0	2	12	5	19
Sugerencias para el PAA	1	3	12	2	0	18
Programa de Permanencia en la UCA	0	7	7	13	3	30
Asesoramiento Psicológico on-line	1	13	11	8	7	40
Asesoramiento Psicológico Individualizado	3	72	105	136	73	389
TOTAL	5	95	137	171	99	507

En este primer momento el alumno debe definir a grandes rasgos el motivo de su solicitud, especificando si se trata de una cuestión de índole personal, o más bien relacionada con aspectos académicos (es decir, psicológica o psicopedagógica). Una vez recibida la demanda del alumno, se le envía la Ficha de Acogida para la Atención Individual (ver anexo 8) y el Contrato de Acogida (ver anexo 9). Con el primer documento se recoge información sobre datos personales, la forma en que ha conocido el SAP y algunos datos referidos a su evolución académica (curso actual, asignaturas matriculadas y superadas por curso o historia educativa). A continuación se presenta un pequeño cuestionario en el que el alumno debe indicar si ha experimentado alguna de las afirmaciones que se presentan, y durante cuánto tiempo, las cuales hacen referencia a necesidades psicológicas (donde se incluyen sensaciones, pensamientos, conductas y relaciones sociales), necesidades de tipo académico y necesidades

de corte vocacional o profesional. Por último se incluyen una serie de preguntas abiertas en donde el alumno debe especificar algunas características personales con las que está satisfecho y con las que no, además de incluir algunos campos para que el alumno especifique el motivo o problema que le ha llevado a solicitar una atención individual, su nivel de motivación o implicación y su disponibilidad horaria. Con el segundo documento (el Contrato de Acogida) se informa al alumno sobre las normas generales de actuación del SAP, los límites del servicio, aspectos relacionados con la confidencialidad de la información aportada, derechos y deberes del alumno. Así se obtiene un compromiso firme por escrito que motive al alumno a trabajar los objetivos que se propongan, según el caso. Dicho documento se debe enviar firmado con anterioridad a la primera entrevista presencial. Tras la recepción de todo este material, se propone una primera cita presencial, que será atendida por el profesional más idóneo en función de la información transmitida por el alumno.

2. Acogida y evaluación

La primera sesión presencial con el alumno se utiliza para llevar a cabo una primera entrevista semiestructurada adaptada de Fernández-Ballesteros (1992), bajo un modelo de corte cognitivo-conductual (ver anexo 10). En esta entrevista se pretende contrastar y complementar los datos aportados en la Ficha de Acogida, centrando el interés en las circunstancias que acompañan la situación actual que relate el alumno, así como datos referidos a su historia personal y educativa. De forma general, en el protocolo de evaluación se añade la aplicación de una serie de pruebas diagnósticas genéricas, entre las que se incluyen:

- ✓ Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM) de C. Evans, 1998.
- ✓ Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R) de L. R. Derogatis, 1983 (adaptación española de J. L. González de Rivera et al., 2002).
- ✓ Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E/R), de C. D. Spielberger, R.L. Gorsuch, & R.E. Lushene.
- ✓ Inventario de Personalidad NEO-FFI, de P. T. Costa & R. R. McCrae, 1992 (versión española de A. Cordero, A. Pamos & N. Seisdedos, 2008).

De forma adicional, y en función de las particularidades del caso, se aplican otra serie de pruebas más específicas, las cuales forman parte del fondo bibliográfico del SAP. Algunas de las pruebas más utilizadas son:

- ✓ Inventario de Depresión BDI-II, (Beck, Steer & Brown, 1996). (Adaptación española de Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).
- ✓ Escala de Actitudes Disfuncionales DAS-A (Weissman, 1979; Weissman y Beck, 1978) (Versión de Sanz & Vázquez, 1993; 1994).
- ✓ Inventario de Ansiedad B.A.I. (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988).
- ✓ Inventario de Preocupación de Pensilvania P.S.W.Q. (Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990).

3. Intervención

De forma general, el proceso de intervención se basa en un modelo de intervención breve, donde a través de un número establecido de sesiones, se proponen los objetivos que se persiguen, y se abordan de manera consecutiva. Después de cada sesión, el profesional que atiende en caso debe completar una ficha de seguimiento, donde se especifican los objetivos propuestos, tareas pendientes a realizar o cualquier otro tipo de información que se considere relevante para la intervención (ver anexo 11).

4. Evaluación final y seguimiento

Al término de la intervención se vuelve a pasar el protocolo de evaluación con las pruebas CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90-R, así como un cuestionario de satisfacción con la atención recibida (ver anexo 12). De esta manera se pueden conocer los efectos de la intervención, al comparar los resultados de las pruebas respecto al comienzo del tratamiento.

- *Programa de Permanencia: Apoyo a alumnos en situación de bajo rendimiento.*

En colaboración con el Consejo Social y el Vicerrectorado de Alumnos, el SAP realiza el seguimiento de los estudiantes solicitantes del Régimen de Permanencia de la Universidad de Cádiz. Esta condición la cumplen los alumnos que no superan un número mínimo de créditos requeridos por curso. A partir del análisis de los

datos del rendimiento académico de dichos estudiantes se realiza el seguimiento y apoyo a este grupo para conocer los motivos que les ha llevado a estar en esta situación, el riesgo de no cumplir con los objetivos en el siguiente curso, y así ofrecerles desde el SAP, herramientas y asesoramiento para poder continuar de forma eficaz con sus estudios.

Entre los motivos que los alumnos alegan para justificar su bajo rendimiento encontramos tener que simultanear trabajo y estudio, padecer una enfermedad grave o prolongada durante más de un trimestre lectivo, problemas personales y familiares, factores psicopedagógicos/ psicosociales, fallecimiento de un familiar directo, baja por maternidad o haber realizado una estancia en otra universidad través de una programa de intercambio (Marchena., Romero, Senin, & López, 2013).

- *Atención de alumnos con Necesidades Educativas Especiales: Síndrome de Asperger (SA).*

El Síndrome de Asperger es un trastorno del espectro autista (TEA) que conlleva una alteración del desarrollo social y comunicativo, conductas restringidas y estereotipadas, que impiden a personas poder desenvolverse eficazmente por sí solos en los contextos propios de cada edad. La característica esencial del trastorno es una alteración grave y persistente de la interacción social y el desarrollo de patrones del comportamiento, intereses y actividades restrictivas y repetitivas. Es por tanto, una discapacidad de tipo “social”, que afecta a 2-5 casos por cada 1000 niños, y que implica un patrón de funcionamiento característico, del que se derivan dificultades específicas (de integración en un grupo, rigidez de pensamiento, dificultad para empatizar), pero también ciertas habilidades (extremada concentración en determinados temas, carencia de doble intencionalidad, gran capacidad de memorización de datos), que se hacen especialmente evidentes en la etapa universitaria.

Algunos de estos aspectos hacen que estudiar en la universidad pueda convertirse en algo dificultoso para estos estudiantes. Las universidades españolas deben prepararse para acoger y atender a jóvenes con el SA (B.O.E. nº 14 de 16 de Enero

de 2004; Ley 15/2003, 22 Noviembre, Ley Andaluza de Universidades), garantizando una completa igualdad de oportunidades respecto a sus compañeros.

La Universidad de Cádiz cuenta, en la actualidad, con estudiantes diagnosticados con SA que se encuentran cursando diversos títulos. Por ello, desde hace años se ha puesto en marcha la elaboración de un protocolo de actuación destinado al alumnado con Síndrome de Asperger que se va mejorando y adaptando de manera continua (López-Sinoga, Senín, Mestre, & Marchena, 2014). Asimismo, existen una gran variedad de agentes universitarios implicados en la atención psicoeducativa del alumnado con discapacidad, con competencias tanto en la atención académica como en la psicosocial. Estos agentes (profesionales especializados de los distintos servicios universitarios, tutores, profesorado, etc.) están obligados a trabajar conjuntamente de forma coordinada dado que, en ocasiones, deben atender con recursos complementarios las mismas demandas y necesidades.

En este caso, la elaboración de un protocolo de actuación docente con estudiantes que presentan SA tiene la finalidad de proporcionar un instrumento válido que facilite y disminuya la variabilidad en la toma de decisiones relacionadas con los procedimientos de acceso e integración. Entre las actuaciones realizadas se encuentran:

- Apoyo en las pruebas de acceso a la universidad, en cuanto a requerimientos, temporalidad y establecimiento de medidas (si fueran necesarias) que mejoren las condiciones ambientales para el desarrollo de las mismas.
- Coordinación con servicios y unidades externas a la UCA, ETPOEP (Equipo Técnico de Orientación Educativa y Profesional), asociaciones etc, para facilitar una mejor transición de los estudiantes a la universidad.
- Programa de acogida al estudiante, contando con la participación del coordinador de grado en cuestión, con:
 - a) Información detallada del Campus (estableciendo formas de acceso, ubicación de clases y espacios, tanto docentes como de uso común).
 - b) Posibilidad de elección de un profesor tutor que pueda servir como referencia en el centro o interlocutor entre el alumno y el equipo de profesores asignados.

- c) Elección de un alumno mentor o tutor, que pueda ejercer de mediador en posibles situaciones de conflicto con el resto del grupo y que a su vez, pueda ser guía en situaciones cotidianas que no estén bien estructuradas para el alumno.
- d) Información a las familias de su nueva condición como alumno universitario, los cambios y dificultades que puede suponer y los recursos que se van a poner en funcionamiento desde los distintos agentes universitarios para favorecer la adaptación e integración del estudiante, incluyendo: reuniones de orientación con el coordinador del grado y el equipo docente; programas de intervención psicológica, en casos de algún conflicto en el aula o por situaciones de dificultades en el proceso de aprendizaje y programas de seguimiento del alumno en cursos más avanzados.

II.2.5.2.3. Formación

- *Programa de Apoyo al Aprendizaje (PAA).*

El nuevo escenario propuesto por el EEES conlleva una nueva visión del concepto de aprendizaje basado en los resultados, dándole mucha importancia a la adquisición de competencias básicas por parte del alumnado universitario. Para atender esta necesidad, desde el año 2009 el SAP organiza una serie de talleres bajo la filosofía de los *Learning Commons* (Bennett, 2008; Bodnar, 2009) donde, a través de seminarios de 2 horas y media de duración y con carácter gratuito para la comunidad universitaria, se trabajan temas transversales relacionados con el contexto académico. El objetivo es formar a los alumnos en el uso estratégico de los procesos de aprendizaje que les permitan “aprender a aprender”. Este proceso favorece el desarrollo de habilidades cognitivas con las cuales se accede al contenido y no al aprendizaje de los mismos de forma directa. Entre los cursos organizados bajo este programa podemos encontrar:

- Organización y Gestión del Tiempo.
- Análisis y Síntesis.
- Atención y Memorización.
- Habilidades Informáticas Básicas.
- Uso y Gestión de la Información: Fuentes Bibliográficas.

- Búsqueda y Registro de la Información: Tomar Apuntes.
 - Competencia Lingüística: Habilidades de Lectura.
 - Competencia Lingüística: Comunicación Escrita.
 - Redacción de Documentos Científicos.
 - Capacidad de Comunicación Oral: Presentaciones, Informes y Pósters.
 - Capacidad de Autocontrol.
 - Técnicas de Relajación.
 - Motivación.
 - Trabajo en Equipo.
 - Adaptación al Cambio o nuevas situaciones: el Choque Cultural.
 - Gestión de Proyectos.
 - Resolución de Conflictos.
- *Colaboradores en Practicum, Prácticas de Empresa e Investigación.*

El SAP contempla una larga trayectoria como centro de formación de prácticas para alumnos de las titulaciones de la Facultad de Ciencias de la Educación de la UCA. Por un lado, la figura del alumno colaborador ha sido importante en la implantación de numerosos programas de tipo preventivo, colaborando en el desarrollo y coordinación de los mismos. Como se ha comentado anteriormente, en los inicios del servicio la falta de recursos humanos limitaba considerablemente su rango de actuación, por lo que la colaboración de estos alumnos fue fundamental para su desarrollo. Por otro, durante los últimos años, propiciado por la existencia de un Máster Oficial ligado al Área de Psicología y la incorporación del Grado de Psicología en la UCA, el SAP se contempla como un centro oficial de prácticas, donde los alumnos puedan desarrollar las prácticas tutorizadas del título que se encuentren cursando. Las actividades realizadas por estos alumnos incluyen la colaboración en:

- Participar en el diseño de aplicaciones informáticas, como cuestionarios on-line o trabajos realizados a través del Campus Virtual de la plataforma digital de la UCA, como apoyos a la docencia y gestión de programas formativos.
- Apoyo en proyectos de investigación.
- Colaborar en la elaboración de materiales de carácter divulgativo, como trípticos informativos sobre temas relevantes (ansiedad ante exámenes, organización del

tiempo, hábitos de vida saludable, tec.), o el diseño y mantenimiento de un newsletter (publicación periódica de tipo informativo que se distribuye a través del correo electrónico a todos aquellos que lo solicitan).

- Apoyar los trabajos administrativos y de funcionamiento del propio servicio (atención de llamadas, recepción de demandas, labores de mantenimiento, etc.)
- Participación en las sesiones de asesoramiento individual, participando como observadores en un primer momento, siempre tutorizados por el profesional encargado del caso, y participando más activamente de manera progresiva.
- Colaboración en la corrección e interpretación de los protocolos de evaluación para las atenciones individualizadas.

Con la reconversión como centro sanitario en el año 2004, siguiendo el Decreto 69/2008, de 26 de febrero (por el que se establecen los procedimientos de las Autorizaciones Sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios), el SAP pretende consolidar su papel como centro de formación de prácticas tuteladas, estableciendo los siguientes objetivos:

1. Colaborar en coordinar las actividades docentes universitarias de prácticas tuteladas de estudiantes de grado y posgrado que se realicen en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud dentro de esta unidad de Psicología.
2. Colaborar en coordinar y supervisar las prácticas tuteladas de estudiantes de programas de grado y posgrado que se realicen en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud.
3. Colaborar en coordinar las actividades de prácticas tuteladas que se lleven a cabo en colaboración con centros externos.
4. Fomentar y coordinar la realización de actividades formativas (cursos, seminarios, congresos, y otros tipos de reuniones científicas) organizadas por el SAP y dirigidas a colectivos profesionales y científicos universitarios.
5. Aprobar, coordinar y supervisar la realización de investigaciones en el SAP.
6. Comprobar y exigir que las investigaciones que se lleven a cabo en el SAP cumplan las normas éticas pertinentes y/o estén aprobadas por el Comité de Ética de la Universidad de Cádiz, comités específicos de centros, u otros comités éticos oficiales.

II.2.5.2.4. Investigación

El contacto continuo con la realidad estudiada y la colaboración constante con colegas profesionales de los SAP de otras universidades, ha propiciado el trabajo de investigación llevado a cabo en los últimos años.

Dentro del Plan Nacional I+D+I 2008-2011, se realizó la investigación “e-Mentoría: una herramienta psicoeducativa para la prevención de problemas de rendimiento académico y abandono en Educación Superior” (EDU- 2010-19840). Los objetivos se centraron en la identificación del perfil de necesidades y dificultades (personal, académico y/o vocacional-profesional) que provocan en el universitario fracaso académico, y el diseño de un programa de intervención psicoeducativa de tutoría entre iguales para la prevención del fracaso académico y el abandono con soporte en Internet.

Recientemente ha participado en el proyecto denominado “Análisis de las necesidades psicosociales y factores de riesgo asociados al éxito o fracaso académico del alumnado de educación superior para el diseño de un plan de actuación conjunto desde los Servicios de Atención Psicológica de las Universidades Españolas”, en colaboración con los Servicios de Atención Psicológica de las Universidades (SAP o SPU) de Córdoba (UCO), Málaga (UM), Almería (UAL), y País Vasco (UPV/EHU). Dicho proyecto ha estado subvencionado a través del Ministerio de Educación, mediante la orden EDU/2346/2011 del 18 de Agosto (CAIE036). Los resultados han constatado la presencia de estudiantes con perfiles en riesgo de padecer algún tipo de problema psicológico, así como índices significativos en el consumo de algunas sustancias como alcohol, tabaco o cannabis, así como patrones de conducta abusiva en el uso de las nuevas tecnologías (internet, móviles, etc.).

A lo largo de los 10 años de historia del SAP se ha presentado el trabajo realizado en numerosos congresos de carácter nacional e internacional, así como participado en varios encuentros y foros de carácter científico y divulgativo. Entre otros, ha participado en:

- I Congreso Ibérico de Psicología Clínica, de la Salud y el Deporte. Sevilla, 2013.
- World Psychiatric Association International Congress. Praga, 2012.

- V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander, 2012.
- III Congreso Internacional UNIVEST'11 “La autogestión del Aprendizaje”. Girona, 2011.
- FEDORA PSYCHE Conference 2010. Alicante, 2010.
- XVI Congreso Internacional INFAD. Turín, 2009.
- V Congreso Internacional de Psicología y Educación: “Los retos del futuro”. Oviedo, 2008.

Los resultados obtenidos en los diferentes programas de intervención llevados a cabo son recopilados periódicamente con la finalidad de poder realizar estudios de eficacia y difundir los resultados en artículos de interés científico.

Todos los recursos y materiales están disponibles en: www.uca.es/sap (ver figura 2.5)



Figura 2.5: Imagen de la página principal de la web del SAP

III. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

III.1. Objetivos

Con esta investigación se pretende conseguir un doble objetivo centrado en los estudiantes y la atención de sus necesidades personales. Por un lado, se quiere conocer el estado de salud mental de una muestra de estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad de Cádiz (UCA), relacionando los índices clínicos utilizados con aspectos académicos, como la adaptación al entorno universitario o el rendimiento mostrado durante el primer curso. Por otro, se ha utilizado una muestra de estudiantes atendidos en el SAP de la citada universidad para evaluar el impacto de la intervención realizada sobre sus niveles de salud mental y sus repercusiones en otros aspectos académicos.

Se trata por tanto de generar un marco de referencia, dentro de los Servicios de Atención Psicológica Universitarios, para la creación de programas que mejoren la adaptación del alumnado de Educación Superior al entorno universitario, aumentando sus cotas académicas y aprovechando al máximo los recursos y oportunidades que brinda la Universidad.

Este objetivo general puede dividirse en varios objetivos específicos, en función de la muestra o fenómeno al que haga referencia:

1. Conocer, a partir del perfil académico y psicosocial del alumnado que no es usuario del SAP de la Universidad de Cádiz, el porcentaje de población en situación de riesgo de problemas psicológicos y psicopedagógicos.
2. Conocer el perfil sociodemográfico, académico y psicológico del alumnado de la UCA que solicita asesoramiento en el Servicio de Atención Psicológica, analizando en qué medida se asemeja al porcentaje en situación de riesgo encontrado en el alumnado general de la Universidad.
3. Describir, analizar y evaluar la eficacia del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Cádiz como recurso al alcance de la comunidad universitaria.

Así encontramos que el primer objetivo hace referencia a la comunidad universitaria en general, el objetivo 2 está dirigido principalmente al alumnado que solicita asesoramiento en el SAP de la UCA y el objetivo 3 a los Servicios de Atención Psicológica Universitario.

III.2. Hipótesis

Las hipótesis planteadas en esta investigación son las siguientes:

Hipótesis 1: Los estudiantes universitarios usuarios del SAP presentan un rendimiento académico (Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest) y una sintomatología clínica (CORE-OM, STAI-E/R, SCL-90) diferente a los estudiantes no usuarios del servicio. Los estudiantes que solicitan asesoramiento psicológico presentarán valores inferiores en el rendimiento académico y superiores en las dimensiones de la sintomatología clínica en relación a los estudiantes no usuarios del SAP.

Hipótesis 2: Los estudiantes universitarios usuarios del SAP presentan unos rasgos de personalidad (NEO FFI) diferentes a los estudiantes que no solicitan el servicio.

Hipótesis 3: El rendimiento académico de los estudiantes universitarios (Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest) está relacionado con la sintomatología clínica Pretest (CORE, STAI y SCL-90).

Hipótesis 4: El rendimiento académico (Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest) está relacionado con los rasgos de personalidad (NEO-FFI)

Hipótesis 5: Todas las dimensiones, consideradas dentro del concepto de sintomatología clínica (CORE-OM, STAI-E/R, SCL-90), se mantendrán constantes en los estudiantes universitarios del Grupo Control a lo largo de su permanencia en la universidad.

Hipótesis 6: El Nivel de Adaptación experimentado por los estudiantes del grupo Subclínico será diferente (presumiblemente menor) que el nivel de Adaptación experimentado por los estudiantes del grupo No Clínico.

Hipótesis 7: El Nivel de Adaptación experimentado por los estudiantes del grupo Control está relacionado con las variables clínicas, los rasgos de personalidad y/o los resultados académicos obtenidos.

Hipótesis 8: Los estudiantes universitarios usuarios del SAP (grupo Experimental) experimentarán una reducción significativa en los valores de las dimensiones de la sintomatología clínica como consecuencia del proceso de intervención psicológica.

Hipótesis 9: Los niveles de ajuste académico (Tasa de Rendimiento Posttest) y personal (Nivel de Satisfacción con el asesoramiento) de los usuarios del SAP (grupo Experimental) se incrementarán significativamente tras recibir las pautas necesarias para mejorar su capacidad de adaptación a la vida universitaria.

III.3. Método

III.3.1. Participantes

A continuación se describen las distintas muestras recogidas de la población universitaria para esta investigación. En todas ellas se recurrió a diversas fuentes para solicitar la colaboración en el estudio. En el caso del Grupo Experimental (GE) se pidió la participación a un grupo de estudiantes usuarios del Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la Universidad de Cádiz, y en el caso del Grupo Control (GC) se envió un correo electrónico general a coordinadores de Grado solicitando la colaboración de sus alumnos, y se pidió la participación voluntaria a un grupo de estudiantes de la UCA de diferentes titulaciones y campus.

Como criterio de inclusión para el GC, los participantes debían tener una edad comprendida entre los 18 y 57 años y no estar bajo tratamiento psicológico o psicofarmacológico en el último año. Respecto al GE, se consideraron criterios de no inclusión los siguientes: edad mayor de 57 años y diagnóstico o presencia de síntomas psicóticos según DSM-5.

Se contó con la participación de 379 alumnos y alumnas de la Universidad de Cádiz, de los cuales 336 (88,7%) corresponde al GC (todos alumnado de primer curso, no usuarios del SAP) y 43 estudiantes (11,3%) al GE (usuarios del SAP) (ver tabla 3.1).

Tabla 3.1: Distribución de la Muestra Total

		Frecuencia	Porcentaje
Muestra Total	Grupo Experimental	43	11,3
	Grupo Control	336	88,7
	Total	379	100,0

Grupo Experimental (GE)

Este grupo lo forman 43 estudiantes universitarios usuarios del SAP de la UCA, registrados durante los cursos académicos 2011/2012 y 2012/2013, y seleccionados a través de un muestreo de casos críticos. Todos ellos completaron el protocolo de intervención, incluyendo las evaluaciones pretest y posttest. La distribución por sexo refleja un 44,2% de hombres y un 55,8% de mujeres (ver tabla 3.2).

Tabla 3.2: Frecuencias y Porcentajes por Sexo del Grupo Experimental

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	19	44,2
	Femenino	24	55,8
	Total	43	100,0

El rango de edad está comprendido entre los 18 y 56 años ($M=23,37$; $DT=6,96$) (ver tabla 3.3), aunque el mayor porcentaje de alumnos se sitúa en un arco entre los 18 y 23 años (76,7% del total) (ver tabla 3.4).

Tabla 3.3: Estadísticos descriptivos de la variable Edad en Grupo Experimental

	N	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
Edad	43	18	56	23,37	6,96

Tabla 3.4: Frecuencias y Porcentajes de la variable Edad del Grupo Experimental

		Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Edad	18	1	2,3	2,3
	19	6	14,0	16,3
	20	6	14,0	30,2
	21	10	23,3	53,5
	22	8	18,6	72,1
	23	2	4,7	76,7
	24	1	2,3	79,1
	25	2	4,7	83,7
	26	1	2,3	86,0
	29	2	4,7	90,7
	30	1	2,3	93,0
	31	1	2,3	95,3
	46	1	2,3	97,7
	56	1	2,3	100,0
	Total	43	100,0	

El 88,4% de los estudiantes atendidos en el SAP están solteros en el momento del estudio, frente a un 11,6% de alumnos que refieren estar casados. Respecto a la situación laboral, el 93% no trabaja y sólo 3 sujetos (el 7%) dicen estar trabajando en el momento de la atención (ver tabla 3.5).

Tabla 3.5: Frecuencias y Porcentajes de datos sociodemográficos en el Grupo Experimental

		Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil	Casado/a	5	11,6
	Soltero/a	38	88,4
Trabajo	SI	3	7,0
	NO	40	93,0

En cuanto al diagnóstico general de los usuarios del SAP (ver tabla 3.6), el 34,9% corresponden a problemas psicopedagógicos, seguido de trastornos relacionados con la

ansiedad (23,3%), trastornos de estado de ánimo (9,3%) y otros problemas que puedan ser objeto de atención clínica (18,6%).

Tabla 3.6: Frecuencias y Porcentajes de los Diagnósticos establecidos en el Grupo Experimental

	Frecuencia	Porcentaje
Problemas Psicopedagógicos	15	34,9
Trastornos de Ansiedad	10	23,3
Trastornos del Estado de Ánimo	4	9,3
Trastornos de la Personalidad	3	7,0
Trastornos de la Conducta Alimentaria	1	2,3
Trastornos Adaptativos	1	2,3
Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual	1	2,3
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	8	18,6
Total	43	100,0

Grupo Control (GC)

El GC quedaría conformado por 336 estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad de Cádiz durante el curso 2011/2012, seleccionados a través de un muestreo intencional o de conveniencia. La muestra se obtuvo en función de los contactos establecidos con distintos profesores de la Universidad de Cádiz, y de la disponibilidad de cada uno de ellos para ofrecer el tiempo requerido para realizar las pruebas durante su horario de clases. Este hecho condicionó en todo momento el acceso a los participantes del estudio, los cuales además accedían voluntariamente a participar en el mismo. Una dificultad añadida al acceder a la muestra del GC fue el conseguir que estuvieran presentes en clase tanto el día de la evaluación Pretest como el día de la evaluación Postest. Así, en un primer momento se accedió a 519 alumnos en el momento Pretest, y a 396 en el Postest. Una vez localizados los sujetos, emparejados los cuestionarios Pretest y Postest y aplicados los criterios de exclusión (ser mayor de 57 años y padecer algún trastorno psicopatológico diagnosticado), sólo 336 tenían el protocolo completo. La distribución de los alumnos en función de su titulación puede verse en la tabla 3.7.

Tabla 3.7: Distribución del Grupo Control en función de la Titulación

	Frecuencia	Porcentaje
Titulación	Psicología	52
	Fisioterapia	36
	Magisterio Primaria	88
	Magisterio Infantil	137
	Química	8
	Ingeniería Química	15
	Total	336
		100,0

Las edades de los sujetos se sitúa en un rango entre los 18 y 30 años ($M=19,93$; $DT=2,289$), siendo el sexo femenino mayoritario entre el alumnado que participó en esta investigación ($N=270$; 80,4% del total) respecto al sexo masculino ($N=66$; 19,6% del total) (ver tablas 3.8, 3.9 y 3.10).

Tabla 3.8: Frecuencias y Porcentajes por Sexo del Grupo Control

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	66	19,6
	Femenino	270	80,4
	Total	336	100,0

Tabla 3.9: Estadísticos descriptivos de la variable Edad en el Grupo Control

N	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
336	18	30	19,93	2,289

Tabla 3.10: Frecuencias y Porcentajes por Edad del Grupo Control

		Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
Edad	18	119	35,4	35,4
	19	74	22,0	57,4
	20	39	11,6	69,0
	21	31	9,2	78,3
	22	29	8,6	86,9
	23	19	5,7	92,6
	24	6	1,8	94,3
	25	10	3,0	97,3
	26	2	,6	97,9
	27	2	,6	98,5
	28	3	,9	99,4
	29-30	2	,6	100
	Total	336	100,0	

Analizando los resultados de la Escala de Estratificación Social de Graffar (tabla 3.11), el 43,8% de los sujetos se incluyen dentro del estrato III (clase media/baja), seguidos de un 27,1% que lo harían en el estrato IV (pobreza relativa), un 25,9% que se encuentran en el estrato II (clase media/alta), un 2,1% estaría en el estrato V (pobreza crítica) y el 1,2% pertenecerían al estrato I (clase alta).

Tabla 3.11: Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Estratificación Social Graffar en el Grupo Control

	Frecuencia	Porcentaje
Estrato I - Clase Alta	4	1,2
Estrato II - Clase Media/Alta	87	25,9
Estrato III -Clase Media/Baja	147	43,8
Estrato IV - Pobreza Relativa	91	27,1
Estrato V - Pobreza Crítica	7	2,1
Total	336	100,0

La mayoría de los participantes están solteros (N=332; 98,8%), siendo un porcentaje mínimo los alumnos que refieren estar casados (N=2; 0,6%) o separados/divorciados (N=2; 0,6%).

Cuando preguntamos sobre su situación laboral, 286 no trabajan (85,1%), 17 refieren estar en situación de paro (5,1%), 21 sí dicen estar trabajando (6,3%), 11 son becarios (3,3%) y sólo 1 estudiante parece estar bajo un contrato en prácticas.

Del total de alumnos de este grupo, 265 de ellos residen en el domicilio familiar (78,9%), 64 viven en un piso compartido (19%) y 4 de ellos viven en una residencia o similar (1,2%).

Al preguntar sobre el modo de acceso a la Universidad, 242 (72%) lo hacen a través de Bachillerato, 91 de ellos acceden mediante la rama de FP (27,1%) y sólo 3 lo hacen mediante la prueba de acceso a Mayores de 25 años (0,9%) (Ver tabla 3.12).

Tabla 3.12: Frecuencias y Porcentajes de datos sociodemográficos del Grupo Control			
		Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil	Casado/a	2	,6
	Soltero/a	332	98,8
	Separado/Divorciado	2	,6
Trabajo	No trabajo	286	85,1
	En paro	17	5,1
	Trabaja	21	6,3
	Contrato Prácticas	1	,3
	Becario	11	3,3
Con quién vive durante el curso	Domicilio Familiar	265	78,9
	Piso Compartido	64	19,0
	Residencia	4	1,2
	Otro	3	,9
Modo de acceso a la Universidad	Bachillerato	242	72,0
	FP	91	27,1
	Acceso Mayores 25	3	,9

Del total de estudiantes del GC, 256 (76,2%) han elegido como primera opción la titulación que están cursando, 60 (17,9%) como segunda, 11 (3,3%) alumnos lo hacen como tercera opción, 7 (2,1%) en cuarta y sólo 2 (0,6%) estudiantes están cursando la titulación elegida en quinta posición (ver tabla 3.13).

Tabla 3.13: Frecuencias y Porcentajes de la variable “Posición en que eligió la titulación” en el GC

		Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
Posición	1	256	76,2	76,2
	2	60	17,9	94,0
	3	11	3,3	97,3
	4	7	2,1	99,4
	5	2	,6	100,0
	Total	336	100,0	

Analizando esta variable en función de la Titulación cursada entre los estudiantes participantes, vemos que Magisterio Infantil cuenta con el mayor porcentaje de alumnos que eligieron como primera opción dicha titulación (86,1%), seguida de Magisterio Primaria (77,3%), Psicología (76,9%), Ingeniería Química (53,3%), Fisioterapia (52,8%) y Química en último lugar con un 37,5% (ver tabla 3.14).

Tabla 3.14: Frecuencias y Porcentajes de la variable “Posición en que eligió la titulación” en el Grupo Control en función de la Titulación

		Titulación											
		Psicología		Magisterio Primaria		Magisterio Infantil		Fisioterapia		Química		Ingeniería Química	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Posición en que eligió la Titulación	1ª	40	76,9	68	77,3	118	86,1	19	52,8	3	37,5	8	53,3
	2ª	6	11,5	14	15,9	14	10,2	17	47,2	5	62,5	4	26,7
	3ª	2	3,8	6	6,8	2	1,5	0	0	0	0	1	6,7
	4ª	4	7,7	0	0	3	2,2	0	0	0	0	0	0
	5ª	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	13,3

Con objeto de unificar las puntuaciones relativas a la Nota de Admisión al Título, éstas se han transformado en puntuaciones deciles, ya que los sujetos provienen de diferentes vías de acceso a la Universidad, y la calificación máxima con la que acceden a la Universidad varía en función de esta vía de acceso. Una vez unificadas las puntuaciones, la nota media de ingreso en la Universidad se sitúa en un 6,94 (DT=,834; Máx.: 9,5; Mín.: 5,04) (ver tabla 3.15).

Tabla 3.15: Estadísticos descriptivos Nota de Admisión al Título en el Grupo Control

	N	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
Nota de Admisión al Título	336	5,04	9,50	6,94	,834

Al preguntar a los alumnos sobre su historia educativa, el 8% (N=94) refiere haber repetido algún curso durante las etapas educativas previas al ingreso en la Universidad (Educación Secundaria Obligatoria, Bachiller o Formación Profesional). Sin embargo, la mayoría (72%) señala no haber repetido ningún curso (ver tabla 3.16).

Tabla 3.16: Frecuencias y Porcentajes de la variable “¿Ha repetido curso en ESO/Bachiller/FP?” en el GC

	Frecuencia	Porcentaje
SI	94	28
NO	242	72
Total	336	100

El número de cursos repetidos oscila entre 1 y 3, con un mayor porcentaje de estudiantes que han repetido un solo curso (63,8%), frente al 29,8% que repiten en dos ocasiones y un 6,4% que lo hace en tres ocasiones. Del total de la muestra, un 13,1% (N=44) ha abandonado los estudios alguna vez a lo largo de su vida, siendo los motivos personales la razón mayoritaria expuesta por ellos (47,7%), seguido de otro tipo de razones no especificadas (27,3%), cuestiones laborales (22,7%) y problemas de salud (2,3%) (ver tabla 3.17).

Tabla 3.17: Frecuencias y Porcentajes de la variable “¿Cuántas veces ha repetido?” en el GC

	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Número de cursos repetidos	1	60	63,8
	2	28	29,8
	3	6	6,4
	Total	94	100,0

Frecuencias y Porcentajes de la variable “¿Ha abandonado los estudios?” en el GC

	Frecuencia	Porcentaje
¿Ha abandonado los estudios?	Si	44
	No	292
	Total	336

Frecuencias y Porcentajes de la variable “Motivo por el que abandonó los estudios” en el GC

	Frecuencia	Porcentaje
Motivo	Trabajo	10
	Cuestiones Personales	21
	Problemas de Salud	1
	Otros	12
	Total	44

Con respecto a si han recibido atención psicológica alguna vez a lo largo de sus vidas, un 16,1% refiere haberlo hecho (54 alumnos), frente a un 83,9% que no lo ha hecho nunca (ver tabla 3.18). De entre los que sí han recibido atención psicológica, sólo 37 especificaron el tipo de servicio utilizado (el 68,5% del total), siendo los centros privados los más usados (54,1%), seguido de los Servicios de Orientación Escolar (24,3%) y los Servicios de Salud Públicos (21,6%) (ver tabla 3.19).

Tabla 3.18: Frecuencias y Porcentajes de la variable “¿Ha recibido atención psicológica?” en el GC

	Frecuencia	Porcentaje
Si	54	16,1
No	282	83,9
Total	336	100,0

Tabla 3.19: Frecuencias y Porcentajes de la variable “Tipo de Servicio Utilizado” en el GC

	Frecuencia	Porcentaje	% válido
Válidos	Centro Privado	20	37,0
	Servicio de Salud Público	8	14,8
	Colegio	9	16,7
	Total	37	68,5
	Perdidos	17	31,5
Total	54	100,0	

Del total de personas que han recibido atención psicológica, el 88,9% alegan el motivo por el que lo hicieron, siendo los problemas relacionados con el estrés, la ansiedad y/o la depresión el principal de ellos con un 47,9% de los casos, seguido de problemas familiares (41,7%) y aspectos educativos con un 10,4% (ver tabla 3.20)

Tabla 3.20: Frecuencias y Porcentajes de la variable “Motivo de la Atención” en el Grupo Control

	Frecuencia	Porcentaje	% válido
Ansiedad - Estrés - Depresión	23	42,6	47,9
Problema familiar	20	37,0	41,7
Aspectos Educativos	5	9,3	10,4
Total	48	88,9	100,0
Perdidos	6	11,1	
Total	54	100,0	

En cuanto a si quedaron satisfechos con la atención recibida, el 74% de los que contestaron (50 alumnos de los 54 que afirmaron recibir atención psicológica), confirman estar satisfechos con los resultados obtenidos (ver tabla 3.21).

Tabla 3.21: Frecuencias y Porcentajes de la variable “¿Quedó satisfecho con la atención psicológica?” en el GC

	Frecuencia	Porcentaje	% válido
Si	37	68,5	74,0
No	13	24,1	26,0
Total	50	92,6	100,0
Perdidos	4	7,4	
Total	54	100,0	

En referencia a la pregunta de si acudirían al Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Cádiz en caso de necesitarlo, el 81,86% de los encuestados sí acudirían a dicho servicio (283 alumnos), frente a un 11% que no lo utilizarían (37 alumnos) y un 7,5% que no responden este ítem (ver tabla 3.22).

Tabla 3.22: Frecuencias y Porcentajes de la variable “¿Acudiría al SAP?” en el Grupo Control

		Frecuencia	Porcentaje
¿Acudiría al SAP	Si	274	81,6
	No	37	11,0
	No contesta	25	7,4
	Total	336	100,0

Con objeto de delimitar el perfil de los estudiantes del Grupo Control, se ha dividido en dos grupos diferenciados. Así, de la muestra de población general o grupo control (GC) que se acaba de describir se extrajo, teniendo en cuenta el punto de corte que establece la variable clínica CORE-Visibilidad en las puntuaciones obtenidas en la medida Pretest (Puntuación Significativa: 1,19 en hombres y 1,29 en mujeres), dos sub-muestras de estudiantes (Grupos No Clínico y Subclínico).

Los estudiantes por debajo del punto de corte señalado forman el grupo que vamos a denominar No Clínicos (población general sin trastornos/sintomatología), y los sujetos con puntuaciones por encima del punto de corte pasan a formar parte de un grupo llamado Subclínico (población general con riesgo de padecer trastornos psicológicos). Así el grupo total de estudio quedaría dividido tal y como se refleja la siguiente tabla:

Tabla 3.23: Distribución de la Muestra Total en función de los grupos de estudio

División Tipo 1 ^(a)	Experimental	43	División Tipo 2 ^(b)	Clínico*	43
	Control	336		Subclínico	73
			No Clínico		
			263		

^(a) División basada en la asistencia o no al SAP (Grupo Experimental y Grupo Control)

^(b) División basada en el punto de corte que establece la variable CORE Visibilidad, tomado en la puntuación Pretest.

* Este grupo continúa estableciéndose según su pertenencia al Grupo Experimental (usuario SAP).

Al estudiar la distribución de los grupos Subclínico y No Clínico en función de la titulación, los datos se asemejan a la distribución del GC al completo (ver tabla 3.24)

Tabla 3.24: Distribución de los Grupos Subclínico y No Clínico en función de la Titulación

		Subclínico		No Clínico	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Titulación	Psicología	12	16,4	40	15,2
	Magisterio Primaria	17	23,3	71	27,0
	Magisterio Infantil	31	42,5	106	40,3
	Fisioterapia	7	9,6	29	11,0
	Química	1	1,4	7	2,7
	Ingeniería Química	5	6,8	10	3,8
	Total	73	100,0	263	100,0

Al analizar los datos referidos a la edad, el grupo Subclínico tiene unas puntuaciones medias ($M=20,26$; $DT=2,186$) superiores al grupo No Clínico ($M=19,84$; $DT=2,313$), pero la horquilla del grupo Subclínico oscila entre los 18 y 25 años, cuando el grupo No Clínico lo hace entre 18 y 30 (ver tablas 3.25 y 3.26).

Tabla 3.25: Estadísticos descriptivos de la variable Edad en los Grupos Subclínico y No Clínico

		N	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
Edad	Subclínico	73	18	25	20,26	2,186
	No Clínico	263	18	30	19,84	2,313

Tabla 3.26: Frecuencias y Porcentajes por Edad de los Grupos Subclínico y No Clínico

Subclínico				No Clínico			
	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado	
Edad	18	21	28,8	28,8	98	37,3	37,3
	19	14	19,2	47,9	60	22,8	60,1
	20	10	13,7	61,6	29	11,0	71,1
	21	5	6,8	68,5	26	9,9	81,0
	22	11	15,1	83,6	18	6,8	87,8
	23	5	6,8	90,4	14	5,3	93,2
	24	2	2,7	93,2	4	1,5	94,7
	25	5	6,8	100,0	5	1,9	96,6
	26	0	0		2	,8	97,3
	27	0	0		2	,8	98,1
	28	0	0		3	1,1	99,2
	29	0	0		1	,4	99,6
	30	0	0		1	,4	100,0
	Total	73	100,0		263	100,0	

Respecto a la distribución por sexos (ver tabla 3.27), se observa como el grupo No Clínico se comporta de manera parecida al compararlo con el Grupo Control (ver tabla 3.2) al completo (20,9% hombres y 79,1% de mujeres), y en el grupo Subclínico se observa un aumento en porcentaje de mujeres (84,9% frente a un 15,1% de hombres).

Tabla 3.27: Frecuencias y Porcentajes por Sexo de los Grupos Subclínico y No Clínico

		Subclínico		No Clínico	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	11	15,1	55	20,9
	Femenino	62	84,9	208	79,1
	Total	73	100,0	263	100,0

Existe un mayor porcentaje de sujetos del grupo Subclínico que repiten algún curso en etapas educativas anteriores (31,5%) que sujetos del grupo No Clínico (27%), fenómeno que también ocurre al preguntar si han abandonado los estudios alguna vez, con un 23,3% de entre los sujetos del grupo Subclínico frente al 10,3% de los sujetos del grupo No Clínico (ver tabla 3.28).

Estas diferencias aumentan considerablemente al preguntar si han recibido atención psicológica alguna vez en sus vidas, ya que el 42,5% de los sujetos del grupo Subclínico afirman haberla recibido, frente a sólo un 8,7% de alumnos del grupo No Clínico.

Tabla 3.28: Frecuencias y Porcentajes de las variables “¿Ha repetido curso en ESO/Bachiller/FP?” “¿Ha abandonado los estudios?” y “¿Ha recibido atención psicológica?” en los Grupos Subclínico y No Clínico

		Subclínico		No Clínico	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
¿Ha repetido curso en ESO, Bachiller o FP?	Si	23	31,5	71	27,0
	No	50	68,5	192	73,0
	Total	73	100,0	263	100,0
¿Ha abandonado los estudios?	Si	17	23,3	27	10,3
	No	56	76,7	236	89,7
	Total	73	100,0	263	100,0
¿Ha recibido atención psicológica?	Si	31	42,5	23	8,7
	No	42	57,5	240	91,3
	Total	73	100,0	263	100,0

Respecto a los resultados en la Escala Graffar, apenas se detectan diferencias en función de pertenecer al grupo Subclínico o No Clínico (ver tabla 3.29).

Tabla 3.29: Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Estratificación Social Graffar en los Grupos Subclínico y No Clínico

		Subclínico		No Clínico	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Estrato I - Clase Alta		1	1,4	3	1,1
Estrato II - Clase Media/Alta		16	21,9	71	27,0
Estrato III -Clase Media/Baja		32	43,8	115	43,7
Estrato IV - Pobreza Relativa		22	30,1	69	26,2
Estrato V - Pobreza Crítica		2	2,7	5	1,9
Total		73	100,0	263	100,0

III.3.2. Instrumentos

A continuación se describen los instrumentos utilizados en esta investigación.

1. *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)* de Chris Evans (1998).

El Cuestionario de Evaluación de Resultados (Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure; CORE-OM) es un instrumento de evaluación diseñado para medir el cambio terapéutico producido tras un proceso de intervención psicológica (Barkham *et al.*, 2001). Se recomienda utilizar la herramienta antes y después del tratamiento, obteniendo así una medida pretest y posttest, las cuáles se comparan para conseguir una estimación de los resultados alcanzados (ver anexo 1).

Sus propiedades psicométricas han demostrado niveles aceptables de consistencia interna y sensibilidad en las medidas obtenidas (Evans *et al.*, 2002), y ha sido utilizado en numerosos contextos clínicos (Connell, *et al.*, 2007 ; Palmieri, *et al.*, 2009); y universitarios (Botella, 2008; Connell, Barkham, & Mellor-Clark, 2008, 2007; Young, 2009). Presenta 34 ítems autoadministrados que evalúan el estado del sujeto en 4 dimensiones, algunas de ellas divididas a su vez en distintas áreas (ver tabla 3.30):

Tabla 3.30: Dimensiones y Áreas del CORE-OM

DIMENSIONES	ÁREAS	
<i>Bienestar subjetivo</i>	---	
<i>Problemas/síntomas:</i>	Ansiedad Depresión	Síntomas Físicos Síntomas Traumáticos
<i>Funcionamiento:</i>	Funcionamiento General	Relaciones Personales Relaciones Sociales
<i>Riesgo</i>	Indicadores clínicos del riesgo de intentos de suicidio, autolesiones o actos de agresión a terceros	

Cada uno de los 34 ítems del CORE-OM se puntúa en una escala tipo Likert desde 0 (nunca) hasta 4 (siempre o casi siempre), para al final de la prueba obtener puntuaciones medias en cada una de las escalas descritas, así como una medida global.

Atendiendo a los niveles de análisis del CORE-OM, encontramos las siguientes variables:

- *Bienestar subjetivo*

El bienestar subjetivo puede definirse como una medida global del nivel de satisfacción de una persona, mediada por distintos factores como la cantidad de recursos de los que dispone, el tipo de experiencias vitales afrontadas y la gestión de las emociones derivadas de tales experiencias (Blanco & Díaz, 2005). En esta escala se evalúa el bienestar en términos negativos, de manera que a mayor puntuación, menor nivel de bienestar.

- *Problemas/síntomas*

En esta escala se incluyen síntomas relacionados con los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, síntomas físicos y síntomas traumáticos.

- *Funcionamiento*

Esta escala está compuesta por ítems que evalúan el modo en que el individuo interactúa con su medio y logra sus objetivos, así como el establecimiento de relaciones sociales grupales y de manera más personal.,

- *Riesgo*

Incluye el riesgo de suicidio, autolesiones o lesiones a terceros.

- *Visibilidad*

Es una escala global, compuesta por la suma de todos los ítems, que aporta una visión general del estado de salud del sujeto evaluado, pudiendo situarse en una escala cualitativa con los estados saludable, bajo, leve, moderado, moderado-severo y severo.

- *Visi-R*

Se trata de una escala global, en la que no se incluyen los ítems correspondientes a la escala Riesgo. En caso de que la puntuación en esta escala sea cero, la dimensión Visibilidad puede ofrecer una imagen distorsionada del sujeto evaluado minimizando la intensidad de los síntomas, por lo que se recomienda utilizar cuando ocurre en las evaluaciones individuales.

2. *Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R) de L. R. Derogatis, 1983 (adaptación española de J. L. González de Rivera, et al. 2002).*

El SCL-90-R es un cuestionario autoaplicado de detección y medida de síntomas psicopatológicos (Derogatis, 1975). Comprende 90 ítems que reflejan 9 dimensiones primarias (Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de malestar psicológico: Índice de Severidad Global (GSI), Índice Positivo de Malestar (PSDI) y Total de Síntomas Positivos (TSP) (ver anexo 2). Los índices alfa de fiabilidad de la adaptación española oscilaban entre ,77 y ,90. Este instrumento ya ha sido utilizado con adolescentes y en contextos universitarios (Caparrós et al., 2007) valorándose su fácil aplicación y corrección, la posibilidad de tamizar sintomatología en varios niveles de complejidad, y sus buenas propiedades psicométricas (Gempp & Avendaño, 2008).

Las dimensiones principales son:

- *Somatización*

Refleja el malestar procedente de percepciones del mal funcionamiento del cuerpo. Comprende el sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio y otros con una fuerte mediación autonómica. También lo componen dolores de cabeza, de espalda y otros dolores y malestares localizados en la musculatura gruesa, así como otras manifestaciones somáticas de la ansiedad.

- *Obsesión-Compulsión*

Refleja conductas que están catalogadas bajo el síndrome clínico del mismo nombre. Esta medida se centra en los pensamientos, impulsos y acciones que se experimentan como incansables e irresistibles por el individuo, pero que tienen una naturaleza indeseada.

- *Sensibilidad Interpersonal*

Se refiere a sentimientos de incapacidad personal e inferioridad, particularmente en comparación con otras personas. Autodesprecio, sentimientos de desasosiego

(inquietud) y gran malestar durante la interacción interpersonal son característicos de las personas que tiene un alto nivel de Sensibilidad Interpersonal. Sentimientos de timidez y expectativas negativas en la comunicación interpersonal son también fuentes típicas de malestar.

- *Depresión*

Refleja una amplia gama de síntomas del síndrome clínico depresivo. Se incluyen síntomas de afecto y ánimo disfórico, como signos de pérdida de interés por la vida, ausencia de motivación y pérdida de la energía vital. Esta dimensión refleja sentimientos de desesperanza o inutilidad así como otros correlatos cognitivos y somáticos de la depresión. Se incluyen varios ítems relativos a pensamientos de muerte e ideas de suicidio.

- *Ansiedad*

Comprende un conjunto de síntomas y experiencias generalmente asociadas clínicamente con una alta ansiedad manifiesta. Se incluyen indicadores generales tales como inquietud (agitación), nerviosismo y tensión así como signos somáticos adicionales (p.e.: "temblor"). Un aspecto integral de esta dimensión es la medida de la ansiedad libre flotante y ataques de pánico; se incluye un ítem de sentimientos de disociación.

- *Hostilidad*

El desarrollo de esta dimensión ha sido determinado por la reiterada observación de que la presencia de conductas de miedo y hostilidad funciona como determinante importante de una variedad de decisiones clínicas entre pacientes ambulatorios (p.e.: diagnóstico, asignación a tratamientos, disposición, etc.). Esta dimensión está organizada alrededor de tres categorías de conducta hostil: pensamientos, sentimientos y acciones. Los ítems van de sentimientos de irritación y provocación a romper cosas, de discusiones a explosión incontrolada.

- *Ansiedad fóbica*

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

- *Ideación Paranoide*

Esta escala ha sido desarrollada sobre las características del pensamiento paranoide, incluyendo pensamiento proyectivo, hostilidad, suspicacia, centralidad, ilusiones, pérdida de autonomía y grandiosidad como características centrales de tipo paranoide.

- *Psicoticismo*

En esta escala están representadas tanto la sintomatología aguda como las conductas típicamente consideradas como más fronterizas, menos definidas e indicadoras de un proceso psicótico: alucinaciones auditivas, radiodifusión del pensamiento, control externo del pensamiento e intromisión externa en el pensamiento. Además se incluyen signos secundarios de conducta psicótica así como indicaciones de un estilo de vida esquizoide.

3. Inventario de Personalidad NEO-FFI (Costa & McCrae, 1992)

Versión reducida del Inventario de Personalidad NEO-PI-R, que recoge 60 elementos de la versión original y permite evaluar en un tiempo mínimo los cinco grandes factores de personalidad (Costa & McCrae, 1989). Este instrumento (ver anexo 3) se puntúa bajo una escala tipo Likert que varía entre 0 y 4, alcanzando unos niveles de consistencia interna entre ,68 y ,86 (Costa & McCrae, 1992).

El modelo de los Cinco Grandes Rasgos de Personalidad (Goldberg, 1990) es uno de los modelos más representativos en el estudio de la personalidad, encontrando una alta consistencia transcultural con estudios realizados en diferentes contextos y sociedades (Engler, 1996). Los cinco rasgos de personalidad descritos en este modelo son:

- *Neuroticismo*

Hace referencia a la inestabilidad emocional y la experiencia de estados emocionales negativos. El neuroticismo está relacionado con la ansiedad, las preocupaciones excesivas, estados de ánimo depresivos, problemas de sueño y los trastornos psicosomáticos. La personalidad neurótica es excesivamente emocional, reaccionando fuertemente a todo tipo de estímulos, siéndole difícil volver a un estado de equilibrio después de cada experiencia emocional importante. Sus fuertes reacciones emocionales interfieren en su propio equilibrio, haciéndolo reaccionar de forma irracional, a veces rígida. Su principal característica es una constante preocupación por las cosas que le pueden salir mal y una fuerte reacción emocional de ansiedad ante estas cosas, lo que le hace sufrir. Por el contrario, el individuo estable tiende a responder emocionalmente de forma débil y a volver rápidamente a su línea base después de cada reacción. Es normalmente tranquilo, de igual humor, controlado y despreocupado (Costa & McCrae, 1992).

- *Extraversión*

Implica aspectos como la asertividad y el dinamismo. Los extrvertidos son personas sociables, amantes de las fiestas, con muchos amigos, necesitan gente con la que hablar, no les gusta estudiar solos, son amantes de la aventura y el riesgo, con carácter impulsivo, les gustan las bromas, la variación y el cambio, son despreocupados y tienden a ser agresivos. Por el contrario, los introvertidos son personas retraídas, quietas, amantes de la lectura, tienen pocos amigos pero muy escogidos, les gusta hacer planes a largo plazo, piensan las cosas antes de hacerlas y tienen un régimen ordenado de vida entre otras cosas (Costa & McCrae, 1992).

- *Apertura*

Refleja el mantenimiento de valores e ideas no convencionales, y la amplitud de intereses; se refiere a las personas abiertas, interesadas tanto en el mundo exterior como en el interior, y cuyas vidas están enriquecidas por la experiencia. La Apertura se relaciona especialmente con aspectos intelectuales, como es el pensamiento divergente que contribuye a la creatividad, pero no es equivalente a inteligencia. En algunos aspectos, la apertura a la experiencia indica flexibilidad, siendo lo opuesto de rigidez (Costa & McCrae, 1992).

- *Amabilidad*

Capacidad de ser altruista, compasivo, confiado, franco y sensible con los demás. La personalidad amable, además, cree que los demás sienten la misma satisfacción que ellos al comportarse de esta manera. Las personas desagradables son antipáticas, egocéntricas, suspicaces ante las intenciones de los demás y con tendencia a reaccionar de manera opuesta al resto (Costa & McCrae, 1992).

- *Responsabilidad*

Incluye la tendencia al sentido del deber, a la organización, el orden, la búsqueda de objetivos, la autodisciplina y la eficiencia. Las personas responsables son voluntariosas, escrupulosas, puntuales y fiables, que controlan sus impulsos. Puntuaciones elevadas en esta variable se relacionan con el rendimiento académico y profesional, aunque también con una pulcritud excesiva y compulsiva o una conducta de adicción al trabajo (Costa & McCrae, 1992).

4. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch, y R.E. Lushene.

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (ver anexo 4) es un autoinforme que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. Cada uno de los 40 ítems del STAI-E/R se puntúa en una escala tipo Likert que va desde 0 (nada) hasta 3 (mucho).

El STAI-E/R es uno de los instrumentos más utilizados en investigación para medir la ansiedad, por su sencillez a la hora de su aplicación y corrección, así como por su fiabilidad y validez, obteniendo unos niveles de consistencia interna entre ,90 y ,93 en ansiedad rasgo y entre ,84 y ,87 en ansiedad estado (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 2002). Recientes estudios de validación de este instrumento en población universitaria han demostrado ser un instrumento sencillo, breve y eficaz para valorar la sintomatología ansiógena (Fonseca, Paino, Sierra, Lemos, & Muñiz, 2012).

5. Escala de Clasificación Social de M. Graffar

Medida utilizada para conocer el estatus socioeconómico del núcleo familiar. Consta de 4 dimensiones: (a) Profesión del padre; (b) Nivel de Estudios de la madre); (c) Fuentes de Ingreso Familiar; y (d) Condiciones de la Vivienda Familiar. Cada dimensión es puntuada en una escala de 1 a 5, cuyos valores representan una condición que tipifica y caracteriza un determinado estrato socioeconómico (Mendoza, 2007).

Los valores totales alcanzables varían de 4 a 20 puntos (ver anexo 5), creando 5 estratos o grupos: el nivel I correspondería a una *clase alta*; el nivel II corresponde a una *clase media-alta*; el nivel III haría referencia a la *clase media-baja*; en el estrato IV aparece un grupo en una situación llamada de *pobreza relativa*, ya que no implica una privación absoluta de recursos; y el nivel V que correspondería a un nivel de *pobreza crítica*.

6. Ficha de recogida de Datos Sociodemográficos y Académicos (Pretest):

Instrumento diseñado *ad hoc* con la intención de recoger datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, domicilio actual, estado laboral), información acerca del acceso a la Universidad (modo de acceso, nota de admisión al título, posición en que eligió la titulación), datos académicos (facultad, titulación, carga lectiva actual, historia de abandono y/o cambio de titulación), otros datos relacionados con la utilización previa de algún servicio de atención psicológica (motivo, tipo de recurso utilizado, satisfacción con la atención recibida) y una pregunta relacionada con la predisposición a utilizar el SAP de la UCA en caso de necesitarlo durante sus estudios universitarios (ver anexo 6).

7. Ficha de recogida de Datos Académicos (Postest).

Instrumento diseñado *ad hoc* utilizado como segunda toma de medida, en el que se recogen datos de tipo académico (número de créditos y asignaturas presentados y aprobados, así como la calificación obtenida en dichas asignaturas) y referidos a su adaptación al entorno universitario (con una pregunta a contestar en una escala tipo lickert de 1 a 7 en el que los alumnos deben indicar su nivel de adaptación, y una pregunta relativa a si han tenido alguna dificultad en su adaptación a la universidad) (ver anexo 7).

8. Ficha de acogida de los usuarios del SAP

Instrumento confeccionado *ad hoc* por el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Cádiz, en el que se recoge información de los alumnos que son atendidos en sesiones individuales. Dicho instrumento se completa por el usuario del SAP antes de la primera cita presencial, de manera que la información recogida sirva para preparar la primera entrevista personal. En el primer apartado se pregunta acerca de datos personales y académicos (edad, género, estado civil, domicilio, estado laboral, facultad, titulación, carga lectiva actual, etc.), para a continuación presentar un cuestionario con respuestas cerradas (sí/no) para indagar acerca de la sintomatología referida, dividida en necesidades psicológicas (sentimientos, pensamientos, conductas, relaciones sociales), académicas y/o vocacionales. En el último apartado se preguntan por los motivos por los que ha solicitado una atención individual, el nivel de compromiso, disponibilidad para concertar la cita presencial y algunos datos referidos a su historia clínica pasada (si ha recibido atención psicológica y/o farmacológica previa, si padece alguna enfermedad, etc.). Por último, el estudiante firma un compromiso de veracidad de los datos aportados, avisándole además de la privacidad con la que serán tratados (ver anexo 8).

9. Entrevista semiestructurada: 1ª sesión presencial de los usuarios del SAP

A lo largo de la primera sesión se realiza una entrevista personal de evaluación cognitivo-conductual, basada en el modelo desarrollado por Fernández-Ballesteros (ver anexo 10). En dicha entrevista se recogen aspectos personales y académicos, indagando sobre todo en los motivos fundamentales de su consulta, así como historia educativa y familiar, relaciones sociales, gustos e intereses, relaciones sexuales, etc. (Fernández-Ballesteros, 1992; Fernández-Ballesteros & Staats, 1992).

10. Ficha de Seguimiento.

Cuestionario diseñado *ad hoc* por el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Cádiz, con objeto de indicar el tipo de asesoramiento psicológico y psicopedagógico ofrecido, el número de sesiones y el desarrollo de las mismas (ver anexo 11).

11. Cuestionario de Satisfacción de los usuarios del SAP

Cuestionario diseñado *ad hoc* por el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Cádiz, que evalúa el nivel de satisfacción de los usuarios con el servicio recibido.

Incluye variables como satisfacción de expectativas, calidad de la información y materiales ofrecidos, o idoneidad del terapeuta o especialista que atendió la consulta, puntuándose con una escala tipo Likert de 1 (no satisfactorio) a 4 (bastante satisfactorio) (ver anexo 12).

III.3.3. Diseño metodológico

Se ha optado por un diseño no experimental de grupos homogéneos con medida test-retest. Se ha llevado a cabo utilizando los sujetos de las muestras descritas aplicando el siguiente diseño pretest-posttest:

Evaluación Pretest:

En esta fase se procedió a evaluar a todos los sujetos del estudio a través de:

- Ficha de recogida de datos sociodemográficos y académicos Pretest.
- Expediente académico hasta la fecha.
- Cuestionario de Personalidad NEO-FFI
- STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo
- Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM)
- Inventario de Síntomas SCL-90-R
- Escala de Clasificación Social de Graffar

Evaluación Posttest:

En esta segunda fase se volvió a evaluar a todos los sujetos del estudio a través de:

- Ficha recogida de datos académicos Posttest
- Cuestionario de Satisfacción de los Usuarios del S.A.P.
- STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo
- Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM)
- Inventario de Síntomas SCL-90-R
- Expediente académico al final del curso.

Un resumen del diseño utilizado puede verse en la siguiente tabla:

Tabla 3.31: Diseño utilizado en la investigación

		Pretest	Intervención	Posttest
G. Experimental	G. Clínico	O ₁	X	O ₂
G. Control	G. No Clínico	O ₁	-	O ₂
	G. Subclínico	O ₁	-	O ₂

X: Proceso de Intervención en SAP

O: Evaluación de los sujetos

III.3.4. Procedimiento

Los sujetos pertenecientes al Grupo Experimental son estudiantes de la Universidad de Cádiz que accedieron al protocolo completo de actuación del Servicio de Atención Psicológica durante los cursos 2011/2012 o 2012/2013. Dicho proceso (descrito de manera detallada en el apartado II.2.5.2.2. Asesoramiento) se divide en 4 fases o etapas:

1. Recepción de la demanda del estudiante:

A través de la aplicación del Centro de Atención al Usuario de la UCA (CAU) los estudiantes solicitan una atención individualizada con el SAP, completando la ficha de acogida confeccionada a tal efecto (ver anexo 8). Una vez recibida la información se cita al alumno para comenzar el asesoramiento.

2. Evaluación Pretest

Al comienzo de la intervención, durante el proceso de entrevista y evaluación, se pasan los cuestionarios del protocolo Pretest (CORE-OM, STAI E/R, SCL90 y NEO-FFI) (ver anexos 1, 2, 3 y 4), y se recogen los datos académicos Pretest.

3. Proceso de asesoramiento

A lo largo de un número de sesiones, que oscilan entre 1 y 10, el estudiante se somete al proceso de asesoramiento individualizado, entendido como un proceso de ayuda técnica que es solicitado por los estudiantes en situación de incertidumbre o dificultad respecto a determinadas condiciones académicas y/o personales (Marchena et al, 2009). Dicho asesoramiento es llevado a cabo por el personal técnico del SAP.

4. Evaluación Postest

Una vez que los estudiantes han terminado el proceso de asesoramiento se lleva a cabo la evaluación Postest de esta investigación, a través del Cuestionario de Satisfacción confeccionado a tal efecto (ver anexo 12) y los cuestionarios CORE-OM, STAI E/R y SCL90 (ver anexos 1, 2, 3 y 4). Al término del curso en el que fueron atendidos se recogieron los datos académicos Postest.

Los sujetos pertenecientes al Grupo Control son alumnos de primer curso de la Universidad de Cádiz durante el año académico 2011/2012. La muestra se obtuvo en función de los contactos establecidos con distintos profesores de la Universidad de Cádiz, y de la disponibilidad de cada uno de ellos para ofrecer el tiempo requerido para realizar las pruebas durante su horario de clases. Este hecho condicionó en todo momento el acceso a los participantes del estudio, los cuales además accedían voluntariamente a participar en el mismo. El proceso de recogida de información se dividió en dos etapas:

1. Evaluación Pretest

A lo largo del mes de Octubre de 2011 se accedió a las distintas clases con las que se acordó participar en esta investigación y se pasaron los protocolos de evaluación utilizados en el Pretest del grupo Experimental (anexos 1, 2, 3 y 4). Los alumnos podían decidir si querían participar o no en el estudio, garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos aportados.

2. Evaluación Posttest y Tasa de Rendimiento Pretest

La evaluación posttest (CORE-OM, STAI E/R, SCL90 y resultados académicos) se realizó al comienzo del segundo semestre (Marzo de 2012), una vez que los estudiantes ya habían sido evaluados académicamente en el primer semestre. Se accedió a las aulas de la misma forma que en el momento pretest, es decir, a través del contacto con algunos profesores que permitieron que se pasaran los cuestionarios durante sus horarios de clase.

3. Tasa de Rendimiento Posttest

Previo consentimiento y autorización del Vicerrectorado de Ordenación Académica de la Universidad de Cádiz, se pudo acceder a los expedientes académicos de los alumnos participantes, de manera que se pudo conocer una segunda medida de la Tasa de Rendimiento de los alumnos a Octubre de 2012.

III.3.5. Temporalización

La temporalización del presente estudio abarca dos cursos completos, en concreto los referidos a los años 2011/2012 y 2012/2013. A lo largo de este periodo se han ido recogiendo a cada uno de los grupos de estudio (control y experimental) los datos oportunos en función del momento en el que se encontraban. A continuación se detalla el proceso para cada uno de los grupos mencionados.

Grupo Control:

El GC está formado por alumnos de primer año del curso 2011/2012, los cuales son recibidos en la semana de acogida de cada uno de sus centros. A lo largo de ese periodo se aprovecha para contactar con los coordinadores de título para realizar las encuestas del Protocolo Pretest. Posteriormente, en el mes de Marzo de 2012 se vuelve a contactar con el profesorado para recoger los datos del Protocolo Postest, incluyendo la Tasa de Rendimiento Pretest. A comienzos del curso posterior, Octubre de 2012, se recogen los datos de la Tasa de Rendimiento Postest. De manera resumida, el proceso quedaría de la siguiente manera:

- Octubre 2011: recogida de datos a través del Protocolo Pretest.
- Marzo 2012: recogida de datos a través del Protocolo Postest, incluyendo la Tasa de Rendimiento Pretest.
- Octubre 2012: recogida de datos de la Tasa de Rendimiento Postest.

Grupo Experimental

El GE lo integran los alumnos que recibieron atenciones individualizadas en el SAP, y que realizaron el protocolo completo de intervención, en los cursos académicos 2011/2012 y 2012/2013. Debido a la naturaleza del proceso de acogida y atención de los alumnos, muy variable en función de la demanda, no es posible estructurar la temporalización de todos los sujetos, por lo que se ofrece un resumen general del proceso de atención:

- Inicio de la atención en SAP: recogida de datos a través del Protocolo Pretest, incluyendo la Tasa de Rendimiento Pretest.
- Fin de la atención en SAP (3-6 meses después): recogida de datos a través del Protocolo Postest.

- Curso inmediatamente posterior al de la atención: recogida de datos de la Tasa de Rendimiento Posttest

En la siguiente tabla (tabla 3.32) puede verse un resumen del protocolo completo, referido a los dos grupos de estudio.

Tabla 3.32: Temporalización de la investigación

	Octubre 2011	Marzo 2012	Julio 2012	Octubre 2012	Julio 2013
Grupo Control	Protocolo Pretest	Protocolo Posttest y Tasa de Rendimiento Pretest	-	Tasa de Rendimiento Posttest	-
Grupo Experimental	Inicio de Atenciones en SAP Curso 2011/2012	-	Fin de Atenciones en SAP Curso 2011/2012	Inicio de Atenciones en SAP Curso 2012/2013	Fin de Atenciones en SAP Curso 2012/2013

III.3.6. Análisis de los datos

Los datos recogidos se han volcado en una base de datos para ser tratado con los programas estadísticos SPSS 20.0. y el sistema R.

En un principio se han realizado análisis descriptivos y de frecuencias de todas las variables analizadas, incluyendo análisis percentílicos y correlaciones de Spearman.

Para el estudio de la significación de las diferencias entre puntuaciones se han ejecutado distintos contrastes de hipótesis mediante pruebas no paramétricas para muestras independientes (U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon) y para muestras relacionadas (prueba de los Signos y de los Rangos con signo de Wilcoxon).

La evolución en las puntuaciones totales del CORE-OM se han estudiado bajo un modelo de Markov, y el pronóstico de posibles perfiles se ha efectuado llevando a cabo un análisis discriminante lineal y el diseño de varias tablas de contingencia entre diferentes variables.

Por último, se ha optado por el diseño de un Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM) estableciendo los tipos y alcance de las relaciones establecidas entre variables.

IV. RESULTADOS

Hipótesis 1: Los estudiantes universitarios usuarios del SAP presentan un rendimiento académico (Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest) y una sintomatología clínica (CORE-OM, STAI-E/R, SCL-90) diferente a los estudiantes no usuarios del servicio. Los estudiantes que solicitan asesoramiento psicológico presentarán valores inferiores en el rendimiento académico y superiores en las dimensiones de la sintomatología clínica en relación a los estudiantes no usuarios del SAP.

Se analizan las diferencias existentes en el rendimiento académico entre los grupos Experimental (GE) y Control (GC), medido a través de la Nota de Admisión al Título y una Tasa de Rendimiento Pretest obtenida antes de la intervención en el caso de los sujetos pertenecientes al GE y en el primer semestre del curso académico (Pretest) en el caso del GC.

Para ello, se ha realizado el análisis de los estadísticos descriptivos en los dos grupos de estudio para las puntuaciones obtenidas en la Nota de Admisión al Título y la Tasa de Rendimiento Pretest (ver tabla 4.1). Respecto a la Nota de Admisión al Título, las puntuaciones se han unificado sobre una escala de 1 a 10, ya que los alumnos de Grado pueden obtener hasta 14 puntos en las pruebas de Acceso a la Universidad, y los alumnos de planes antiguos (Licenciaturas y Diplomaturas) concurrían a dicha prueba sobre 10 puntos.

Tabla 4.1: Estadísticos descriptivos de la Nota de Admisión al Título y la Tasa de Rendimiento Pretest en los grupos Experimental y Control

		N	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
Nota Admisión Título	Experimental	42	5,00	9,29	6,27	1,04
	Control	336	5,04	9,50	6,94	,83
Tasa de Rendimiento Pretest	Experimental	43	0	10	7,26	3,03
	Control	336	2,00	10	7,99	2,13

Se observa cómo tanto en la Nota de Admisión al Título como en la Tasa de Rendimiento Pretest, la muestra del GE (\bar{X} :=6,27; \bar{X} = 7,26) presenta valores medios inferiores al GC (\bar{X} :=6,94; \bar{X} = 7,99).

Se realizan los mismos análisis teniendo en cuenta los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico (ver tabla 4.2).

Tabla 4.2: Estadísticos descriptivos de la Nota de Admisión al Título y la Tasa de Rendimiento Pretest en los Grupos Clínico, Subclínico y No Clínico

		N	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
Nota Admisión Título	Clínico	42	5,00	9,29	6,27	1,04
	Subclínico	73	5,04	9,11	6,86	,84
	No Clínico	263	5,29	9,50	6,96	,83
Tasa de Rendimiento	Clínico	43	0	10	7,26	3,03
	Subclínico	73	2,00	10	7,75	2,37
	No Clínico	263	2,00	10	8,05	2,05

En las dos variables estudiadas (Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest) se observa cómo el grupo Clínico presenta valores medios inferiores que los grupos Subclínico y No Clínico. Así mismo, el grupo Subclínico presenta valores inferiores a los del grupo No Clínico, observándose una secuencia en las puntuaciones medias en la Nota de Admisión al Título y en la Tasa de Rendimiento de menor a mayor según se pertenezca a los grupos Clínico, Subclínico o No Clínico (ver tabla 4.3).

Tabla 4.3: Resumen de las puntuaciones medias en la Nota de Admisión al Título y la Tasa de Rendimiento según la pertenencia a los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico

	Clínico		Subclínico		No Clínico
	Media		Media		Media
Nota Admisión Título	6,27	<	6,86	<	6,96
Tasa Rendimiento Pretest	7,262	<	7,753	<	8,058

Para conocer el alcance de las diferencias encontradas, se realiza un contraste de hipótesis de muestras independientes mediante pruebas no paramétricas (debido a que la distribución de las muestras no tienen un comportamiento normal), estableciendo el nivel de significación ($p < ,05$) de dichas diferencias. En primer lugar se realiza este análisis con los grupos Experimental y Control (ver tabla 4.4).

Tabla 4.4: Estadísticos de contraste para muestras independientes entre los grupos Experimental y Control para la Nota de Admisión al Título y la Tasa de Rendimiento Pretest

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Nota Admisión Título	3951,50	4854,50	-4,650	,000*
Tasa de Rendimiento	6474,50	7420,50	-1,165	,244

* $p < ,05$

Al comparar las puntuaciones de los grupos Experimental y Control, se observan diferencias significativas en la Nota de Admisión al Título ($,000$; $p < ,05$), pero no ocurre en el caso de la Tasa de Rendimiento ($,244$; $p < ,05$).

Del mismo modo, se detectan diferencias significativas en la Nota de Admisión al Título al comparar los grupos Clínico y Subclínico ($,000$; $p < ,05$) y los grupos Clínico y No Clínico ($,000$; $p < ,05$), pero estas diferencias se atenúan al comparar los grupos Subclínico y No Clínico (ver tabla 4.5). La Tasa de Rendimiento Pretest no presenta diferencias marcadas en ninguna de las comparaciones realizadas.

Tabla 4.5: Estadísticos de contraste para muestras independientes entre distintas poblaciones en la medida Pretest para la Nota de Admisión al Título y la Tasa de Rendimiento Pretest

	U de Mann-Whitney			Sig. asintót. (bilateral)		
	Clínico Vs Subclínico	Clínico Vs No Clínico	Subclínico Vs No Clínico	Clínico Vs Subclínico	Clínico Vs No Clínico	Subclínico Vs No Clínico
Nota Admisión Título	921,50	3030,00	8873,50	,000*	,000*	,323
Tasa de Rendimiento	1468,00	5006,50	9071,00	,546	,205	,447

* $p < ,05$

A raíz de estos resultados podemos establecer diferencias significativas a nivel de la Nota de Admisión al Título entre el grupo Experimental y Control, independientemente de si estos últimos se incluyen en el grupo Subclínico o No Clínico, pero esas diferencias se desvanecen cuando enfrentamos los grupos Subclínico y No Clínico.

También podemos observar las diferencias detectadas entre los grupos a través del estudio de las distribuciones percentílicas de las puntuaciones en la Nota de Admisión haciendo una distinción entre sexos (tabla 4.6).

Tabla 4.6: Percentiles de las puntuaciones en la Nota de Admisión al Título, para diferentes grupos en hombre y mujeres

	Hombres				Mujeres			
	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico
100	9,5	9,5	8,05	8,91	9,16	9,16	9,11	9,29
90	8,52	8,59	8,04	8,04	8,1	8,08	8,15	7,94
80	7,97	8	7,85	6,85	7,54	7,55	7,54	7,21
70	7,66	7,73	7,51	6,37	7,27	7,27	7,17	6,83
60	7,38	7,42	7,21	6,33	7	7,05	6,88	6,42
50	7,22	7,22	6,98	6	6,71	6,75	6,66	6,17
40	6,82	6,78	6,9	5,72	6,55	6,6	6,48	6
30	6,61	6,56	6,43	5,67	6,38	6,38	6,34	5,34
20	6,2	6,22	6,1	5,6	6,16	6,18	6,1	5,23
10	6,06	6,06	5,94	5,05	6,01	6,01	5,86	5,06

A partir de la figura 4.1 se aprecia cómo el grupo Clínico se sitúa en todo momento, con la excepción del percentil 100, por debajo de los grupos Subclínico y No Clínico respecto a las puntuaciones en la Nota de Admisión al Título.

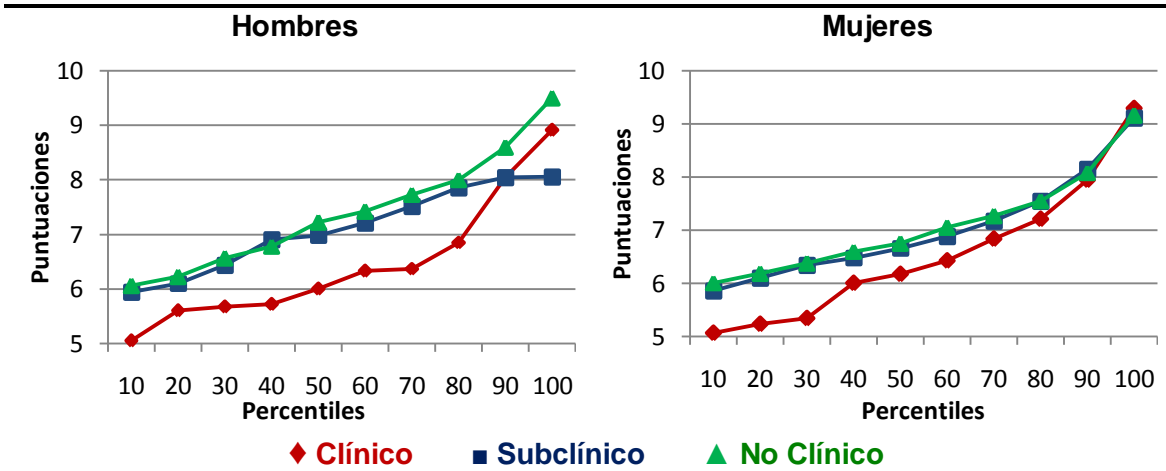


Figura 4.1: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de la Nota de Admisión al Título

Sin embargo, la Tasa de Rendimiento (Pretest) para los diferentes grupos y teniendo en cuenta la variable sexo, no responde igual al mismo análisis (ver tabla 4.7 y figura 4.2).

Tabla 4.7: Percentiles de las puntuaciones en la Tasa de Rendimiento (Pretest), para diferentes grupos en hombre y mujeres

	Hombres				Mujeres			
	66	55	11	18	270	208	62	25
	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico
100	10	10	10	10	10	10	10	10
90	10	10	10	10	10	10	10	10
80	10	10	10	10	10	10	10	10
70	10	10	10	10	10	10	10	10
60	8	8	10	9,4	10	10	8	10
50	8	8	10	8,5	8	8	8	6
40	6	6	8	8	8	8	8	5,4
30	6	6	7,2	7,2	8	8	6	5
20	4	4	4,8	6,2	6	6	6	3,4
10	4	4	4	3,9	6	6	4	,6

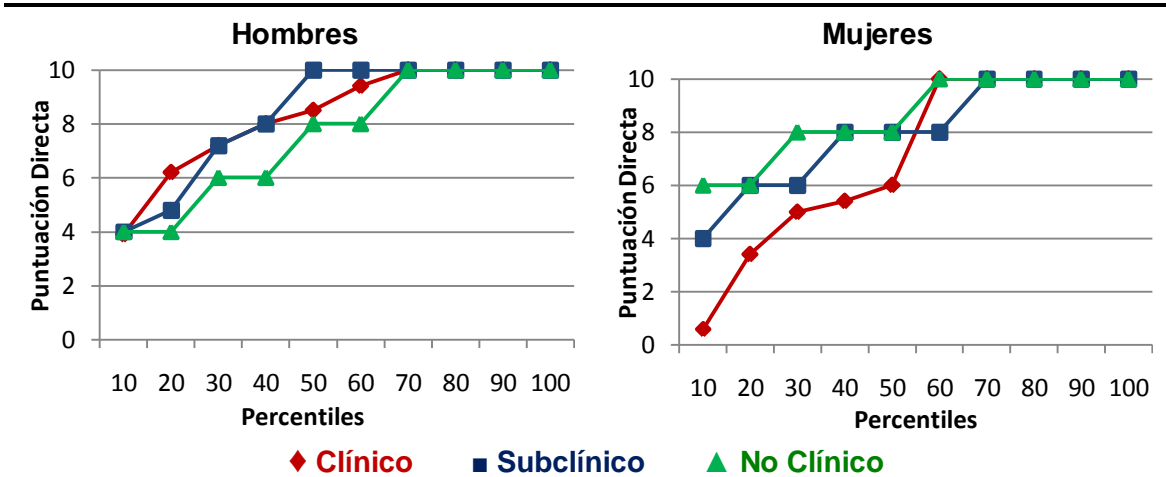


Figura 4.2: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de la Tasa de Rendimiento Pretest

Cuando observamos los perfiles referidos a la Tasa de Rendimiento Pretest, apreciamos como los hombres del grupo Clínico obtienen puntuaciones similares, incluso superiores, a los de los grupos Subclínico y No Clínico. Este fenómeno también ocurre en el grupo de las mujeres a partir del percentil 60, pero hasta entonces el grupo Clínico obtiene puntuaciones inferiores respecto a los grupos Subclínico y No Clínico.

Por otro lado, se quieren analizar las puntuaciones referidas a las escalas clínicas en los diferentes grupos de estudio, tomadas en el momento Pretest de esta investigación (ver tabla 4.8).

Tabla 4.8: Estadísticos descriptivos de las escalas clínicas (CORE-OM, STAI E/R y SCL90) en el Pretest en los grupos Control y Experimental

Escalas Clínicas	Grupo	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
CORE - Bienestar Subjetivo	Control	336	16	0	16	5,65	3,282
	Experimental	43	15	1	16	9,33	3,235
CORE – Problemas y Síntomas	Control	336	40	0	40	13,55	8,055
	Experimental	43	36	7	43	23,23	8,890
CORE - Funcionamiento	Control	336	32	0	32	10,05	5,649
	Experimental	43	35	3	38	18,67	7,921
CORE - Riesgo	Control	336	9	0	9	,78	1,379
	Experimental	43	16	0	16	2,14	3,441
CORE - Visibilidad	Control	336	87	2	89	29,99	16,388
	Experimental	43	89	14	103	53,37	19,409
CORE - Visi-R	Control	336	81	2	83	29,25	15,669
	Experimental	43	80	14	94	51,23	17,600
STAI - Estado	Control	336	50	0	50	14,78	8,602
	Experimental	43	52	4	56	29,58	12,368
STAI - Rasgo	Control	336	58	2	60	20,78	9,613
	Experimental	43	40	14	54	34,42	10,280
SCL-90 - Somatización	Control	336	40	0	40	7,82	6,920
	Experimental	43	37	0	37	13,16	8,682
SCL-90 - Obsesión-Compulsión	Control	336	30	0	30	8,06	5,727
	Experimental	43	30	7	37	18,74	7,313
SCL-90 – Sens. Interpersonal	Control	336	23	0	23	6,50	5,312
	Experimental	43	25	1	26	12,33	7,419
SCL-90 - Depresión	Control	336	38	0	38	9,81	7,584
	Experimental	43	39	4	43	22,30	9,709
SCL-90 - Ansiedad	Control	336	28	0	28	5,57	5,332
	Experimental	43	33	0	33	12,93	8,356
SCL-90 - Hostilidad	Control	336	15	0	15	2,60	2,967
	Experimental	43	19	0	19	4,91	4,116
SCL-90 - Ansiedad Fóbica	Control	336	26	0	26	1,94	3,166
	Experimental	43	19	0	19	4,23	4,253
SCL-90 - Ideación Paranoide	Control	336	16	0	16	4,21	3,348
	Experimental	43	16	0	16	7,14	4,212
SCL-90 - Psicoticismo	Control	336	20	0	20	3,28	3,892
	Experimental	43	22	0	22	9,02	5,747
SCL-90 - Índice Gral. Sintomático	Control	336	218	0	218	54,98	40,319
	Experimental	43	174	44	218	113,44	49,204

En todas y cada una de las variables de las escalas clínicas estudiadas, el grupo Experimental obtiene puntuaciones medias superiores al grupo Control.

Al comparar las medias obtenidas en las variables, teniendo en cuenta los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico, los resultados revelan unas puntuaciones que diferencian el grupo Clínico y Subclínico respecto al grupo considerado No Clínico (ver tabla 4.9 y figura 4.3), sin embargo, no ocurre lo mismo entre los grupos Clínico y Subclínico.

El grupo No Clínico siempre se sitúa por debajo de los otros grupos, y el grupo Subclínico obtiene unas puntuaciones que tienden a equipararse con las puntuaciones de la población Clínica. En algunas variables, el grupo considerado Subclínico presenta incluso puntuaciones medias por encima del grupo Clínico, como es el caso de las variables CORE-Bienestar Subjetivo (Media=9,85 del grupo Subclínico frente a 9,33 del grupo Clínico), CORE-Problemas y Síntomas (25,34 frente a 23,23), CORE-Visibilidad (54,81 frente a 53,37), SCL-90-Somatización (14,75 frente a 13,76) y SCL-90-Hostilidad (5,25 frente a 4,91).

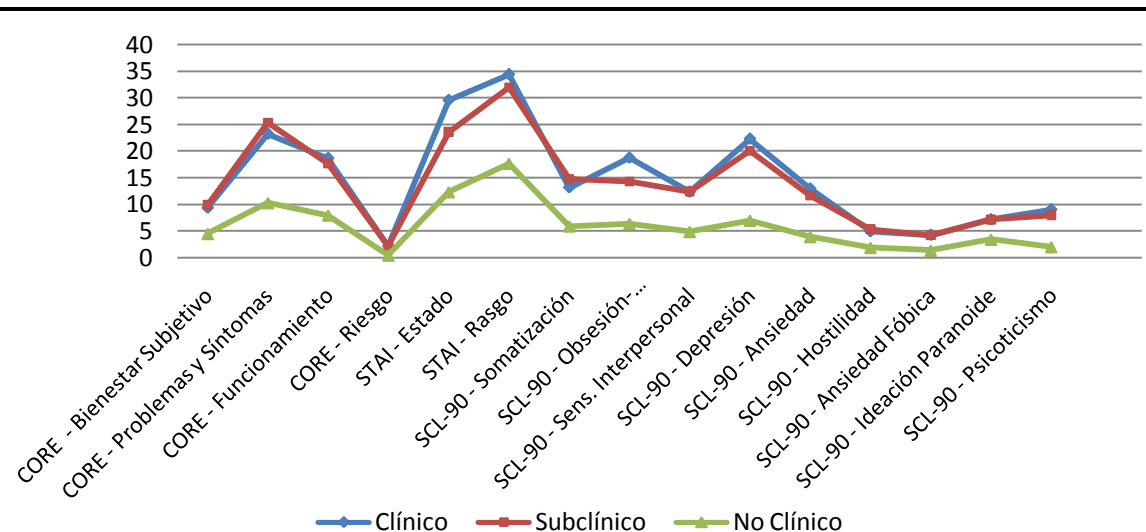


Figura 4.3: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico en las puntuaciones medias de las escalas clínicas en el Pretest

Tabla 4.9: Estadísticos descriptivos de las escalas clínicas en el Pretest en los grupos de estudio

Escalas Clínicas	Grupo	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
CORE - Bienestar Subjetivo	No Clínico	263	11	0	11	4,48	2,483
	Subclínico	73	12	4	16	9,85	2,190
	Clínico	43	15	1	16	9,33	3,235
CORE - Problemas y Síntomas	No Clínico	263	23	0	23	10,28	5,119
	Subclínico	73	24	16	40	25,34	5,135
	Clínico	43	36	7	43	23,23	8,890
CORE - Funcionamiento	No Clínico	263	22	0	22	7,95	3,963
	Subclínico	73	24	8	32	17,64	4,087
	Clínico	43	35	3	38	18,67	7,921
CORE - Riesgo	No Clínico	263	5	0	5	,42	,752
	Subclínico	73	9	0	9	2,10	2,135
	Clínico	43	16	0	16	2,14	3,441
CORE - Visibilidad	No Clínico	263	41	2	43	23,11	9,999
	Subclínico	73	45	44	89	54,81	9,391
	Clínico	43	89	14	103	53,37	19,409
CORE - Visi-R	No Clínico	263	40	2	42	22,70	9,763
	Subclínico	73	40	43	83	52,84	8,644
	Clínico	43	80	14	94	51,23	17,600
STAI - Estado	No Clínico	263	36	0	36	12,33	6,564
	Subclínico	73	47	3	50	23,59	9,321
	Clínico	43	52	4	56	29,58	12,368
STAI - Rasgo	No Clínico	263	58	2	60	17,67	7,719
	Subclínico	73	35	17	52	31,97	7,122
	Clínico	43	40	14	54	34,42	10,280
SCL-90 - Somatización	No Clínico	263	26	0	26	5,90	4,710
	Subclínico	73	40	0	40	14,75	8,936
	Clínico	43	37	0	37	13,16	8,682
SCL-90 - Obsesión-Compulsión	No Clínico	263	26	0	26	6,35	4,214
	Subclínico	73	27	3	30	14,23	6,213
	Clínico	43	30	7	37	18,74	7,313
SCL-90 – Sens. Interpersonal	No Clínico	263	19	0	19	4,86	4,012
	Subclínico	73	21	2	23	12,38	5,275
	Clínico	43	25	1	26	12,33	7,419
SCL-90 - Depresión	No Clínico	263	26	0	26	6,96	4,647
	Subclínico	73	33	5	38	20,08	7,239
	Clínico	43	39	4	43	22,30	9,709
SCL-90 - Ansiedad	No Clínico	263	18	0	18	3,90	3,427
	Subclínico	73	27	1	28	11,58	6,542
	Clínico	43	33	0	33	12,93	8,356
SCL-90 - Hostilidad	No Clínico	263	14	0	14	1,86	2,167
	Subclínico	73	15	0	15	5,25	3,843
	Clínico	43	19	0	19	4,91	4,116
SCL-90 - Ansiedad Fóbica	No Clínico	263	26	0	26	1,34	2,397
	Subclínico	73	17	0	17	4,12	4,425
	Clínico	43	19	0	19	4,23	4,253
SCL-90 - Ideación Paranoide	No Clínico	263	16	0	16	3,41	2,694
	Subclínico	73	13	1	14	7,10	3,866
	Clínico	43	16	0	16	7,14	4,212
SCL-90 - Psicoticismo	No Clínico	263	12	0	12	2,00	2,337
	Subclínico	73	20	0	20	7,90	4,785
	Clínico	43	22	0	22	9,02	5,747
SCL-90 - Índice General Sintomático	No Clínico	263	144	0	144	40,29	24,031
	Subclínico	73	184	34	218	107,89	42,848
	Clínico	43	174	44	218	113,44	49,204

Con el objetivo de establecer si las diferencias descriptivas detectadas son significativas o no a la hora de comparar las distintas muestras, se ha llevado a cabo un contraste de hipótesis de muestras independientes mediante pruebas no paramétricas, estableciendo el nivel de significación ($p < ,05$) de las diferencias encontradas (ver tabla 4.10).

Tabla 4.10: Estadísticos de contraste para muestras independientes entre distintas poblaciones en la medida Pretest para las variables clínicas (CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90)

	U de Mann-Whitney			Sig. asintót. (bilateral)		
	Exp. Vs Control	Clínico Vs Subclínico	Subclínico Vs No Clínico	Exp. Vs Control	Clínico Vs Subclínico	Subclínico Vs No Clínico
CORE - Bienestar Subjetivo	3050,00	1420,50	992,00	,000*	,390	,000*
CORE - Problemas y Síntomas	2947,00	1165,00	241,50	,000*	,020*	,000*
CORE - Funcionamiento	2747,00	1418,00	786,50	,000*	,385	,000*
CORE - Riesgo	5516,00	1332,50	4316,00	,005*	,165	,000*
CORE - Visibilidad	2482,50	1331,50	,00	,000*	,173	,000*
CORE - Visi-R	2460,50	1379,00	,00	,000*	,276	,000*
STAI - Estado	2304,00	1114,00	2932,00	,000*	,009*	,000*
STAI - Rasgo	2432,50	1302,00	1523,00	,000*	,126	,000*
SCL-90 - Somatización	4378,00	1402,00	3545,00	,000*	,338	,000*
SCL-90 - Obsesión-Compulsión	1726,50	1032,00	2839,50	,000*	,002*	,000*
SCL-90 - Sens. Interpersonal	3770,00	1497,50	2401,00	,000*	,680	,000*
SCL-90 - Depresión	2149,00	1378,50	1132,00	,000*	,275	,000*
SCL-90 - Ansiedad	3006,00	1453,00	2662,00	,000*	,505	,000*
SCL-90 - Hostilidad	4314,50	1478,00	3918,00	,000*	,599	,000*
SCL-90 - Ansiedad Fóbica	4310,00	1516,00	5327,00	,000*	,758	,000*
SCL-90 - Ideación Paranoide	4196,50	1566,00	4250,50	,000*	,984	,000*
SCL-90 - Psicoticismo	2728,00	1420,50	2345,00	,000*	,393	,000*
SCL-90- I.G.S.	2192,00	1522,00	1321,50	,000*	,786	,000*

* $p < ,05$

Al comparar el grupo Experimental con el Control las diferencias son significativas en la totalidad de las variables estudiadas (100% de las escalas clínicas), fenómeno que se repite al comparar los grupos Subclínico y No Clínico. Sin embargo, cuando comparamos los grupos Clínico y Subclínico dichas diferencias se atenúan en gran parte de las escalas. Sólo en las variables CORE-Problemas y Síntomas ($\text{sig.} = ,020$; $p < ,05$), STAI-Estado ($\text{sig.} = ,009$; $p < ,05$) y SCL-90-Obsesión-Compulsión ($\text{sig.} = ,002$; $p < ,05$) se obtienen diferencias significativas. Los grupos Clínico y Subclínico comparten muchas características clínicas que hacen difícil la distinción entre ellos.

Una manera gráfica de comprobar cómo se comportan los grupos de estudio sería a través de sus distribuciones percentílicas en algunas de las variables clínicas. A continuación se presentan dichas distribuciones en función del sexo para las tres escalas globales: CORE - Visibilidad, STAI - Rasgo y SCL90 - Índice General Sintomático.

Tabla 4.11: Percentiles de las puntuaciones en la variable CORE - Visibilidad (Pretest), para diferentes grupos en hombre y mujeres

	Hombres				Mujeres			
	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico
100	1,82	1,14	1,82	3,02	2,61	1,26	2,61	2,76
90	1,50	1,05	1,80	2,63	1,61	1,08	1,99	2,55
80	1,14	,93	1,68	1,76	1,35	,97	1,83	2,14
70	,99	,78	1,61	1,49	1,10	,85	1,73	1,86
60	,85	,70	1,59	1,45	,94	,77	1,61	1,70
50	,70	,64	1,52	1,41	,82	,67	1,57	1,61
40	,61	,55	1,48	1,37	,70	,61	1,47	1,39
30	,50	,43	1,42	1,20	,61	,55	1,41	1,37
20	,39	,38	1,41	1,17	,50	,41	1,37	1,03
10	,23	,21	1,31	1,03	,35	,26	1,32	,94

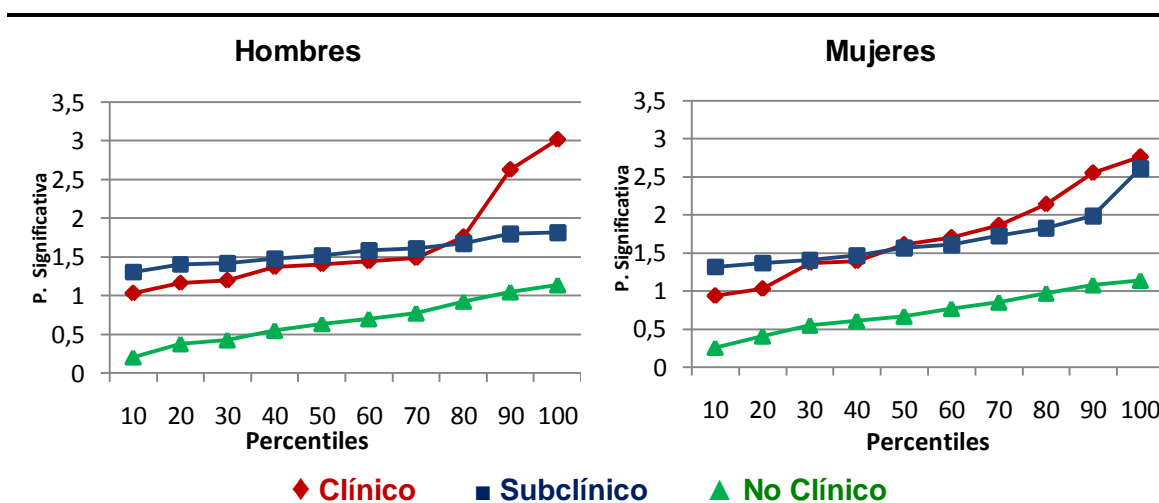


Figura 4.4: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de la variable CORE Visibilidad (Pretest).

En la variable CORE - Visibilidad (ver tabla 4.11 y figura 4.4) se observa cómo el grupo Subclínico experimenta puntuaciones superiores al grupo Clínico hasta el percentil 70 en el caso de los hombres y hasta el percentil 50 en el caso de las mujeres, mientras que el grupo No Clínico obtiene siempre puntuaciones inferiores a los grupos Clínico o Subclínico.

Al observar el comportamiento de la variable STAI - Rasgo, los grupos Clínicos y Subclínicos presentan perfiles parecidos, diferenciándose claramente del grupo No

Clínico. Este fenómeno ocurre tanto en el grupo de los hombres como en las mujeres (ver tabla 4.12 y figura 4.5).

Tabla 4.12: Percentiles de las puntuaciones en la variable STAI - Rasgo (Pretest), para diferentes grupos en hombre y mujeres

	Hombres				Mujeres			
	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico
100	37	35	37	54	60	60	52	52
90	30,3	27	36,6	54	33	27,1	42	47,8
80	26,6	22	33,8	39,4	29	24,2	38,4	44,8
70	22	19,2	31,4	35,6	26	22	36	40,6
60	20	17,6	30,2	32,4	23	20	34,6	39
50	17,5	16	27	28,5	21	18	33	39
40	15	15	22	28	18	16	31,2	36,4
30	12,1	11,6	21,6	23,4	16	14	28	34
20	9,4	9	20,4	21,8	13	11	27	29,2
10	5,7	5	20	18,7	9	8	24,3	20

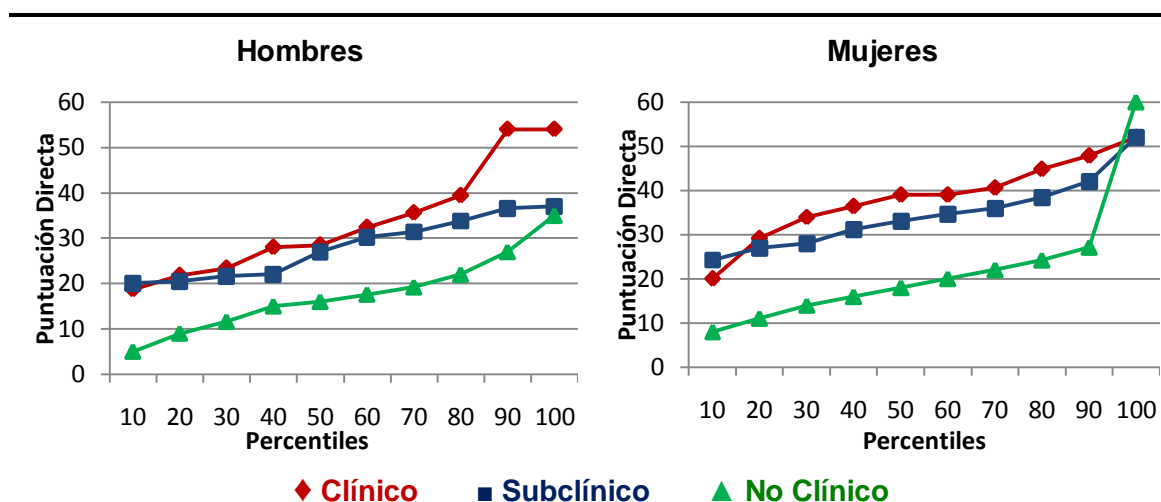


Figura 4.5: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de la variable STAI-Rasgo(Pretest)

Por último, en la variable SCL90 - Índice General Sintomático (ver tabla 4.13 y figura 4.6) el grupo No Clínico vuelve a situarse por debajo de los grupos Clínico y Subclínico, presentando estos dos unos perfiles para sus puntuaciones que tienden a solaparse entre ellos (fenómeno que ocurre especialmente en el caso de las mujeres).

Tabla 4.13: Percentiles de las puntuaciones en la variable SCL90 Índice General Sintomático (Pretest), para diferentes grupos en hombre y mujeres

	Hombres				Mujeres			
	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico
100	102	99	102	210	218	144	218	218
90	85,3	69,4	99,6	206,4	124,7	74	176,5	201,6
80	67	56,4	88,4	132,2	86,8	59	147	182,2
70	56,7	43,4	85,4	109,6	70	49	132,1	145,8
60	43,4	35	82,6	92,4	55,6	43	124,4	124,4
50	34,5	32	70	80	45	36	111	110
40	31,8	26	64,2	79,6	37	33	99,2	101
30	23	20,6	59,8	75	33	28,7	86	95,6
20	16,4	14	55,6	62,8	26,2	22	74	81
10	8,7	8	38	54	17	14	59,7	66,8

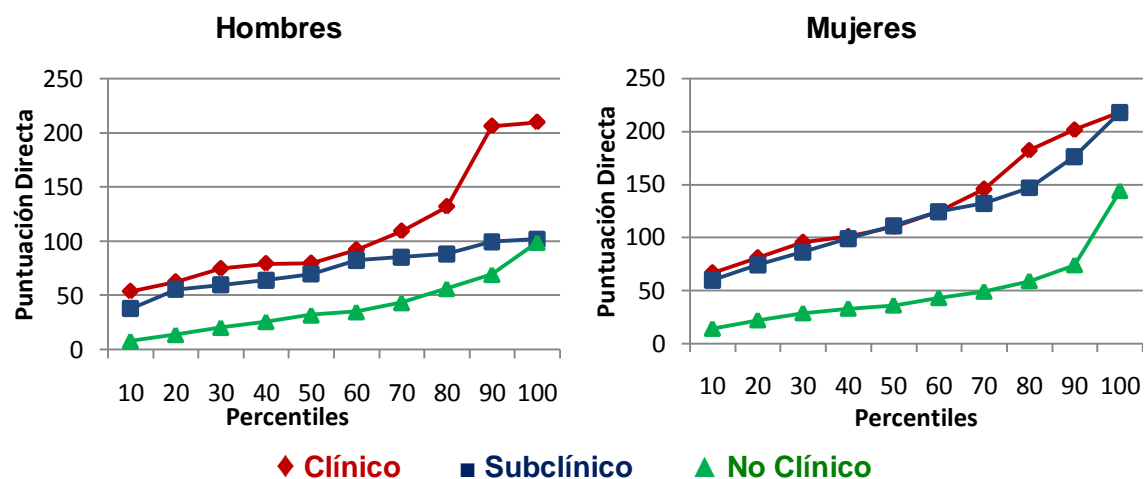


Figura 4.6: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de la variable SCL90 Índice General Sintomático(Pretest)

Para conocer las relaciones de dependencia se realiza un análisis de las correlaciones (Spearman) entre las variables estudiadas para toda la población (para facilitar el análisis de los resultados, los datos se presentan en tablas anexas; ver anexos A a E).

Teniendo en cuenta la muestra total, en todos y cada uno de los cruces posibles se obtienen correlaciones positivas significativas, estableciéndose una clara relación respecto a la intensidad de los síntomas clínicos.

Al analizar el grupo Experimental o Clínico, se observa como la variable CORE-R pierde gran parte de las relaciones establecidas con otras variables del SCL-90, así como la variable Ansiedad Fóbica del SCL-90 respecto a la totalidad de las variables del CORE-OM y a la variable STAI-Estado.

Al analizar las correlaciones obtenidas en el grupo Control, los resultados vuelven a ofrecer unas correlaciones positivas en todos los niveles, equiparándose a las puntuaciones obtenidas al analizar la población total. Para conocer mejor el comportamiento del grupo Control, se han analizado también las correlaciones de los grupos Subclínico y No Clínico.

En esta ocasión el grupo Subclínico vuelve a presentar un menor número de correlaciones entre las distintas variables, como ocurría en el caso del grupo Clínico. De nuevo son las variables CORE-Riesgo y SCL-90-Ansiedad Fóbica las que presentan una mayor reducción en el número de correlaciones con el resto de variables.

Por último, al analizar las correlaciones existentes en la población No Clínica, se observa cómo los resultados vuelven a mostrar relaciones positivas significativas en casi la totalidad de las variables estudiadas, de la misma forma que ocurría al analizar las correlaciones en la Población Total y el grupo Control.

Por otro lado, las diferencias entre los grupos Experimental y Control pueden detectarse de forma automática mediante un análisis discriminante lineal, con un alto grado de definición de los grupos, tomando como referencia las puntuaciones en las escalas clínicas. Así se establece una herramienta de diagnóstico que llega a clasificar correctamente al 86,8% de los casos originales a partir de las variables clínicas utilizadas (ver tabla 4.14).

Tabla 4.14: Resultados de la clasificación del análisis discriminante entre los grupos Experimental y Control

			Grupo de pertenencia pronosticado		Total
			En Riesgo	Sanos	
Tipo de Grupo Original	Recuento	Experimental	36	7	43
		Control	43	293	336
	%	Experimental	83,7	16,3	100
		Control	12,8	87,2	100

Clasificados correctamente el 86,8% de los casos agrupados originales.

Bajo este modelo, existe un 12,8% de sujetos pertenecientes al grupo Control que serían identificados como sujetos del grupo Experimental o Clínico, ya que compartirían un perfil parecido basándonos en los resultados obtenidos en las escalas clínicas.

Estos resultados nos permiten construir un modelo de reconocimiento de patrones basado en las escalas clínicas, que agrupe además a los grupos Subclínico y No Clínico

(ver tabla 4.15). El objetivo de definir dicho modelo es detectar los estudiantes dentro del grupo Subclínico que, al presentar perfiles similares a los del grupo Clínico, se beneficiarían de la intervención ofrecida en el SAP.

Tabla 4.15: Resultados de la clasificación del análisis discriminante entre los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico.

			Grupo de pertenencia pronosticado			Total
			Clínico	Subclínico	No Clínico	
Tipo de Grupo Original	Recuento	Clínico	31	5	7	43
		Subclínico	17	55	1	73
		No Clínico	6	9	248	263
	%	Clínico	72,1	11,6	16,3	100
		Subclínico	23,3	75,3	1,4	100
		No Clínico	2,3	3,4	94,3	100

Clasificados correctamente el 88,1% de los casos agrupados originales.

Tal y como aparece en la tabla anterior, de los 73 estudiantes pertenecientes al grupo Subclínico, existe un porcentaje del 23,3% que son reconocidos como pertenecientes al grupo Clínico. Estos sujetos estarían en una población en riesgo de continuar en dicha situación en caso de no intervenir sobre los síntomas clínicos evaluados.

Para conocer hasta qué punto los cuestionarios STAI E/R y SCL90 pueden discriminar la población en riesgo dentro del grupo de estudio, se establecen como puntos de corte el percentil 70, basados en las distribuciones percentílicas del grupo No Clínico para las variables STAI-Rasgo y SCL90-Índice General Sintomático.

Así, podemos construir una tabla de contingencia entre la división establecida con los grupos Subclínico y No Clínico (basada en el punto de corte de la variable CORE - Visibilidad: 1,19 en hombres y 1,29 en mujeres), y una división establecida por el percentil 70 en la variable STAI-Rasgo, que clasifica a los sujetos como psicológicamente Sanos o en situación de Riesgo.

Tabla 4.16: Tabla de contingencia entre CORE-Visi Cut-Off y STAI Rasgo Cut-Off en hombres

HOMBRES				STAI-R Percentil 70		Total
				En Riesgo	Sano	
CORE - Visi Cut-Off Point (P.Sig.:1,19)	Subclínico	Recuento		8	3	11
		%		72,7%	27,3%	100%
	No Clínico	Recuento		14	41	55
		%		25,5%	74,5%	100%
	Total	Recuento		22	44	66
		%		33,3%	66,7%	100%

Tabla 4.17: Tabla de contingencia entre CORE-Visi Cut-Off y STAI Rasgo Cut-Off en mujeres

MUJERES			STAI-R Percentil 70		Total
			En Riesgo	Sano	
CORE - Visi Cut-Off Point (P.Sig.:1,29)	Subclínico	Recuento	54	8	62
		%	87,1%	12,9%	100%
	No Clínico	Recuento	32	176	208
		%	15,4%	84,6%	100%
Total		Recuento	86	184	270
		%	31,9%	68,1%	100%

En las tablas 4.16 y 4.17 se observa que el punto de corte establecido en la variable STAI-Rasgo (percentil 70 en el grupo No Clínico) llega a predecir un 72,7% de casos Subclínicos en los hombres, y un 87,1% en las mujeres.

Podemos considerar a los grupos Clínicos y Subclínicos como un grupo de sujetos que presentan perfiles clínicos en Riesgo, y los sujetos No Clínicos considerarlos como sujetos psicológicamente Sanos. De esta manera se podría construir otra tabla de contingencia distinguiendo esta vez entre población en riesgo (Clínicos y Subclínicos) y sujetos sanos por un lado, y sujetos en riesgo o sanos en función del percentil 70 de la variable STAI-Rasgo (ver tablas 4.18 y 4.19).

Tabla 4.18: Contingencia entre Población en Riesgo-Sanos y STAI Rasgo Cut-Off en hombres

HOMBRES			STAI-R Percentil 70		Total
			En Riesgo	Sano	
Corte entre Población Sanos y En Riesgo	En Riesgo	Recuento	23	6	29
		%	79,3%	20,7%	100%
	Sanos	Recuento	14	41	55
		%	25,5%	74,5%	100%
Total		Recuento	37	47	84
		%	44%	56%	100%

Tabla 4.19: Contingencia entre Población en Riesgo-Sanos y STAI Rasgo Cut-Off en mujeres

MUJERES			STAI-R Percentil 70		Total
			En Riesgo	Sano	
Corte entre Población Sanos y En Riesgo	En Riesgo	Recuento	76	11	87
		%	87,4%	12,6%	100%
	Sanos	Recuento	32	176	208
		%	15,4%	84,6%	100%
Total		Recuento	108	187	295
		%	36,6%	63,4%	100%

Así, el percentil 70 del grupo No Clínico en la variable STAI-Rasgo predice el 79,3% de los hombres considerados Clínicos o Subclínicos, y el 87,4% de las mujeres en esas mismas condiciones.

Todo este proceso se realiza también teniendo en cuenta el percentil 70 de la variable SCL90-Índice General Sintomático, obteniendo las correspondientes tablas de contingencia separadas por género (ver tablas 4.20 y 4.21).

Tabla 4.20: Tabla de contingencia entre CORE-Visi Cut-Off y SCL90 I.G.S. Cut-Off en hombres

HOMBRES			SCL-90 IGS Percentil 70		Total
			En Riesgo	Sano	
CORE - Visi Cut-Off Point (P.Sig.:1,19)	Subclínico	Recuento	9	2	11
		%	81,8%	18,2%	100%
	No Clínico	Recuento	11	44	55
		%	20%	80%	100%
Total		Recuento	20	46	66
		%	30,3%	69,7%	100%

Tabla 4.21: Tabla de contingencia entre CORE-Visi Cut-Off y SCL90 I.G.S. Cut-Off en mujeres

MUJERES			SCL-90 IGS Percentil 70		Total
			En Riesgo	Sano	
CORE - Visi Cut-Off Point (P.Sig.:1,29)	Subclínico	Recuento	55	7	62
		%	88,7%	11,3%	100%
	No Clínico	Recuento	29	179	208
		%	13,9%	86,1%	100%
Total		Recuento	84	186	270
		%	31,1%	68,9%	100%

En caso de predecir población Subclínica frente a la No Clínica, el percentil 70 de la variable SCL90-Índice General Sintomático en el grupo No Clínico lo hace en un 81,8% en el caso de los hombres y en un 88,7% con las mujeres.

Finalmente, teniendo en cuenta la distinción entre población en riesgo (grupos Clínicos y Subclínicos) y sanos (grupo No Clínico), frente a los sujetos en riesgo o sanos en función del percentil 70 de SCL90-Índice General Sintomático, podemos predecir un 86,2% de los hombres y un 88,5% de mujeres en riesgo de padecer algún problema psicológico relacionado con la sintomatología clínica evaluada (ver tablas 4.22 y 4.23).

Tabla 4.22: Contingencia entre Población en Riesgo-Sanos y SCL90 I.G.S. Cut-Off en hombres

HOMBRES			SCL-90 IGS Percentil 70		Total
			En Riesgo	Sano	
Corte entre Población Sanos y En Riesgo	En Riesgo	Recuento	25	4	29
		%	86,2%	13,8%	100%
	Sanos	Recuento	11	44	55
		%	20%	80%	100%
Total		Recuento	36	48	84
		%	42,9%	57,1%	100%

Tabla 4.23: Contingencia entre Población en Riesgo-Sanos y SCL90 I.G.S. Cut-Off en mujeres

MUJERES			SCL-90 IGS Percentil 70		Total
			En Riesgo	Sano	
Corte entre Población Sanos y En Riesgo	En Riesgo	Recuento	77	10	87
		%	88,5%	11,5%	100%
	Sanos	Recuento	29	179	208
		%	13,9%	86,1%	100%
Total		Recuento	106	189	295
		%	35,9%	64,1%	100%

Respecto al primer apartado analizado, se han encontrado diferencias significativas utilizando la prueba de Wilcoxon en la nota de admisión al título al comparar los grupos Experimental vs Control (sig: ,000; $p < ,05$), Clínico vs Subclínico (sig: ,000; $p < ,05$) y Clínico vs No Clínico (sig: ,000; $p < ,05$), y algunas diferencias no significativas respecto a la tasa de rendimiento. Esto confirma en parte nuestra primera hipótesis, ya que demuestra la existencia de perfiles dispares en cuanto al rendimiento académico previo a la entrada en la universidad (nota de acceso) entre estudiantes, pero no queda tan clara esa diferencia cuando tomamos como referencia el rendimiento académico en un curso académico universitario (tasa de rendimiento pretest).

Analizando cómo se distribuyen los alumnos respecto a la Nota de Admisión diferenciando hombres y mujeres, los primeros obtienen puntuaciones superiores a las segundas. Algunos estudios han encontrado ciertas diferencias en el rendimiento académico entre estudiantes según género (Mellanby, Zimdars, & Cortina-Borja, 2013), competencias cognitivas (Chamorro-Premuzic, Quiroga, & Colom, 2009), autoeficacia (Van Der Westhuizen, De Beer, & Bekwa, 2011) o aspectos motivacionales (Spada & Moneta, 2013), pero en ocasiones esas diferencias no están tan claras (Furlonger & Gencic, 2014).

En cuanto a los perfiles clínicos, se ha demostrado la existencia de 2 grupos diferenciados por sus puntuaciones en las escalas utilizadas. Por un lado, el grupo formado por los estudiantes que son asistidos en el SAP presenta valores superiores en todas las escalas clínicas respecto al alumnado que no es atendido en el servicio. Además, todas las diferencias encontradas entre ellos son significativas a un nivel de confianza del 95% al utilizar la U de Mann-Whitney. Se confirma por tanto la hipótesis de que los sujetos del Grupo Experimental obtienen valores superiores en las escalas clínicas respecto a los sujetos del Grupo Control.

Al analizar en profundidad el grupo de alumnos de primer curso (no usuarios del SAP), se pueden establecer diferencias marcadas al comparar las puntuaciones entre los grupos No Clínicos y Subclínico, ya que al realizar el contraste de hipótesis bajo pruebas no paramétricas, las diferencias vuelven a ser significativas de nuevo en todas las escalas. El grupo Subclínico tiende a equipararse con el grupo Clínico en 15 de las 18 escalas, por lo que tenemos un grupo de estudiantes entre el alumnado del Grupo Control que poseen un perfil psicológico muy parecido a los sujetos que son atendidos en el SAP.

Acorde a los resultados de otras investigaciones, se han detectado alumnos con altos niveles de ansiedad (Micin & Bagladi, 2011) y depresión (Vazquez y Blanco, 2008). Del mismo modo, se han detectado en los alumnos pertenecientes a los grupos Clínico y Subclínico puntuaciones altas referidas a problemas de bienestar y relacionado con las interacciones sociales, aspectos que se consideran protectores frente a los problemas de salud mental universitarios (Cooke, Bewick, Barkham, Bradley, & Audin, 2006; Hamamcı & Esen-Coban, 2010).

Las altas puntuaciones obtenidas en la escala Ansiedad-Rasgo por parte de los sujetos de los grupos Clínico y Subclínico conectan con el modelo de Spielberger y Vagg (1987, 1995) acerca de la ansiedad académica, contemplada como un rasgo estable en el tiempo, que predispone a los sujetos a juzgar las situaciones de exámenes como amenazadoras, afectando a su posterior rendimiento. El análisis de las distribuciones percentílicas en esta variable ha puesto de manifiesto las diferencias a nivel de sexo, ya que las mujeres presentan mayores puntuaciones que los hombres independientemente del grupo de procedencia, confirmando la diferenciación de perfiles señalado en otros estudios (Granados & Hernández, 2003; Montero et al., 2004; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, & Obiols, 2010).

A través de un análisis lineal discriminante, basado en las puntuaciones de las escalas clínicas, se han construido dos modelos de reconocimiento de patrones (el primero teniendo en cuenta el Grupo Control en su totalidad, y un segundo modelo que tiene en consideración los grupos Subclínicos y No Clínicos), que logran identificar los alumnos del Grupo Control que comparten las mismas características psicológicas de los alumnos que son atendidos en el SAP, de forma que podamos conocer el porcentaje de población universitaria en riesgo de padecer algún tipo de problema psicológico. El primero de dichos modelos, que logra predecir con éxito el 86,8% de los casos originales, identifica

un 12,8% de alumnos del Grupo Control con el mismo perfil que los alumnos usuarios del SAP; el segundo modelo apura más la identificación de sujetos considerados en riesgo, y con un 88,1% de casos originales agrupados con éxito identifica un 23,3% de alumnos del grupo Subclínico con el mismo perfil que los alumnos del grupo Clínico.

Observamos cómo los alumnos de los grupos considerados Clínico y Subclínico comparten muchas de sus características a nivel psicológico, independientemente de si acuden o no a un servicio de atención psicológica. Considerando estos grupos como sujetos que se encuentran en una situación en riesgo, se ha constatado hasta qué punto las herramientas STAI-E/R y SCL-90 son capaces de predecir por sí mismas estos perfiles entre la población general. En el caso de la prueba STAI-E/R, identifica un 79,3% de los hombres con perfiles en riesgo, y un 87,4% de las mujeres; y la prueba SCL-90 confirma un 86,2% de hombres y un 88,5% de mujeres. En muchas ocasiones es importante economizar recursos y tiempo en la identificación de alumnos con necesidades psicológicas, por lo que es necesario poder contar con herramientas fiables y fáciles de utilizar.

Hipótesis 2: Los estudiantes universitarios usuarios del SAP presentan unos rasgos de personalidad (NEO FFI) diferentes a los estudiantes que no solicitan el servicio.

Se pretende analizar las diferencias a nivel de rasgos de personalidad de los sujetos evaluados. Para ello, en un primer momento se van a realizar los estadísticos descriptivos de las escalas medidas en el NEO-FFI comparando los grupos Experimental y Control (ver tabla 4.24).

Tabla 4.24: Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en el cuestionario NEO/FFI en los grupos Experimental y Control

Rasgos de Personalidad	Grupo	N	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
NEO-FFI - Neuroticismo	Control	336	0	47	21,50	8,63
	Experimental	43	13	44	28,65	8,14
NEO-FFI - Extraversión	Control	336	15	48	33,63	6,47
	Experimental	43	12	40	27,35	6,63
NEO-FFI - Apertura	Control	336	10	48	27,84	6,48
	Experimental	43	16	44	28,60	6,61
NEO-FFI - Amabilidad	Control	336	18	48	31,99	5,19
	Experimental	43	8	40	30,05	5,9
NEO-FFI - Responsabilidad	Control	336	13	48	33,01	6,05
	Experimental	43	6	46	26,79	9,46

Atendiendo a las puntuaciones medias, pueden observarse perfiles diferentes entre los dos grupos, ya que el grupo Experimental obtiene puntuaciones medias más altas que el grupo Control en los rasgos Neuroticismo y Apertura, e inferiores en Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad.

En la siguiente gráfico (ver figura 4.7) pueden observarse las diferencias en las puntuaciones medias en los rasgos de personalidad evaluadas en el NEO-FFI en función del grupo de pertenencia.

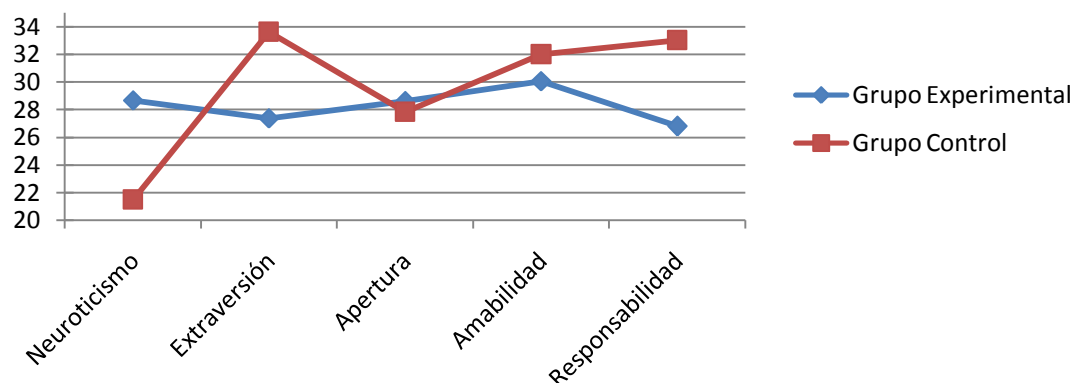


Figura 4.7: Perfiles de los grupos GE y GC referidos a las puntuaciones medias en el NEO/FFI

Se realizan los mismos análisis descriptivos haciendo una distinción entre grupos Clínico, Subclínico y No clínico (ver tabla 4.25 y figura 4.8).

Tabla 4.25: Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en el cuestionario NEO/FFI en los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico

Rasgos de Personalidad	Grupo	N	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
NEO-FFI - Neuroticismo	No Clínico	263	0	39	18,83	7,263
	Subclínico	73	18	47	31,12	5,878
	Clínico	43	13	44	28,65	8,14
NEO-FFI - Extraversión	No Clínico	263	15	48	34,38	6,142
	Subclínico	73	15	44	30,95	6,968
	Clínico	43	12	40	27,35	6,63
NEO-FFI - Apertura	No Clínico	263	10	46	27,70	6,393
	Subclínico	73	13	48	28,37	6,812
	Clínico	43	16	44	28,60	6,61
NEO-FFI - Amabilidad	No Clínico	263	18	48	32,38	5,036
	Subclínico	73	19	42	30,58	5,533
	Clínico	43	8	40	30,05	5,9
NEO-FFI - Responsabilidad	No Clínico	263	13	48	33,66	5,876
	Subclínico	73	18	43	30,70	6,170
	Clínico	43	6	46	26,79	9,46

Con la excepción de la variable Neuroticismo, en la cual el grupo Subclínico ($M=31,12$) obtiene puntuaciones medias superiores al grupo Clínico ($M.=28,65$), en el resto de rasgos de personalidad las puntuaciones se comportan de manera gradual. Es decir, en las variables Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad el grupo Clínico obtiene puntuaciones medias inferiores al grupo Subclínico, que a su vez tiene puntuaciones inferiores al grupo No Clínico. El rasgo de personalidad Apertura se comporta de manera contraria, siendo mayores las puntuaciones recogidas en el grupo Clínico respecto al Subclínico, y las de este respecto al grupo No Clínico.

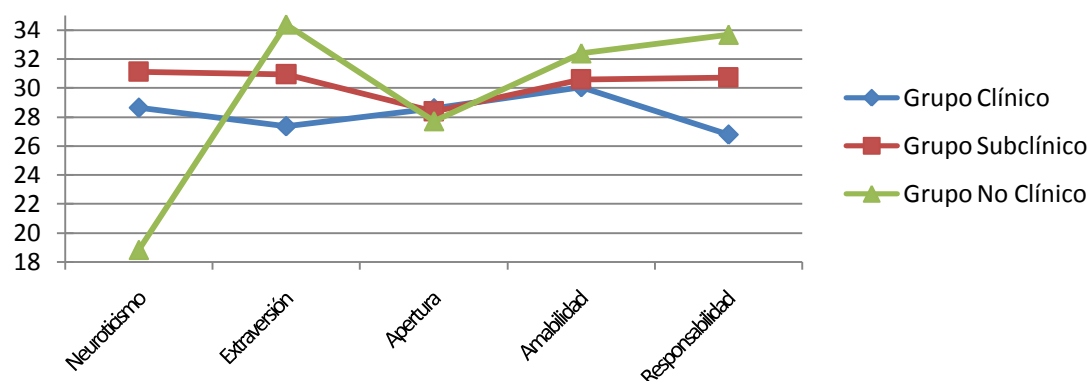


Figura 4.8: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico referidos a las puntuaciones medias en el NEO/FFI

Para valorar el alcance de los resultados obtenidos, se hace necesario realizar un contraste de hipótesis para muestras independientes bajo pruebas no paramétricas, para conocer el nivel de significación ($p < ,05$) de las diferencias detectadas. En un primer momento se llevará a cabo comparando los grupos Experimental y Control (tabla 4.26).

Tabla 4.26: Estadísticos de contraste para muestras independientes entre los grupos Experimental y Control en las puntuaciones del cuestionario NEO/FFI

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
NEO-FFI - Neuroticismo	4015,000	60631,000	-4,747	,000*
NEO-FFI - Extraversión	3534,000	4480,000	-5,462	,000*
NEO-FFI - Apertura	6845,500	63461,500	-,560	,575
NEO-FFI - Amabilidad	5936,000	6882,000	-1,908	,056
NEO-FFI - Responsabilidad	4254,500	5200,500	-4,395	,000*

* $p < ,05$

Se observan diferencias significativas en las puntuaciones referidas a los rasgos Neuroticismo ($,001$; $p < ,05$), Extraversión ($,001$; $p < ,05$) y Responsabilidad ($,001$; $p < ,05$), perdiéndose dicha significación a nivel de Apertura ($,575$; $p < ,05$) y Amabilidad ($,056$; $p < ,05$).

El grupo Experimental se define por tener niveles más bajos que el Grupo Control en Extroversión y Responsabilidad, y puntuaciones más elevadas en Neuroticismo. Las variables Apertura y Amabilidad no diferencian entre sujetos usuarios o no usuarios del SAP.

Queriendo analizar cómo se relacionan el resto de grupos de esta investigación, se llevan a cabo los mismos contrastes comparando los grupos Clínico Vs Subclínico, Clínico Vs No Clínico y Subclínico Vs No Clínico (tabla 4.27).

Tabla 4.27: Estadísticos de contraste para muestras independientes entre distintas poblaciones en las puntuaciones del cuestionario NEO/FFI

	U de Mann-Whitney			Sig. asintót. (bilateral)		
	Clínico Vs Subclínico	Clínico Vs No Clínico	Subclínico Vs No Clínico	Clínico Vs Subclínico	Clínico Vs No Clínico	Subclínico Vs No Clínico
Neuroticismo	1279,500	2155,500	1781,500	,097	,000*	,000*
Extraversión	1120,000	2414,000	6834,000	,010*	,000*	,000*
Apertura	1562,500	5283,000	8995,000	,968	,489	,410
Amabilidad	1521,000	4415,000	7890,500	,781	,021*	,020*
Responsabilidad	1148,000	3106,500	6815,500	,016*	,000*	,000*

* $p < ,05$

Al comparar los grupos Clínico y Subclínico se detectan diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en los rasgos Extraversión ($,010$; $p<,05$) y Responsabilidad ($,016$; $p<,05$), quedando equiparadas las puntuaciones en Neuroticismo ($,097$; $p<,05$), Apertura ($,968$; $p<,05$) y Amabilidad ($,781$; $p<,05$).

En esta ocasión, el Neuroticismo presenta valores similares entre las dos muestras, indicando perfiles parecidos en esta variable entre los grupos Clínico y Subclínico.

Por otro lado, al comparar las puntuaciones del grupo No Clínico con los grupos Clínico o Subclínico las diferencias se hacen más marcadas, al encontrarse puntuaciones significativas en los rasgos Neuroticismo ($,000$; $p<,05$), Extraversión ($,000$; $p<,05$), Amabilidad ($,021$; $p<,05$) y Responsabilidad ($,000$; $p<,05$) al comparar los grupos Clínico y No Clínico; y Neuroticismo ($,000$; $p<,05$), Extraversión ($,000$; $p<,05$), Amabilidad ($,020$; $p<,05$) y Responsabilidad ($,000$; $p<,05$) al comparar los grupos Subclínico y No Clínico.

Se observa cómo el grupo Subclínico se comporta de manera similar al grupo Clínico cuando comparamos sus puntuaciones respecto al grupo No Clínico.

Otra forma de visualizar las diferencias encontradas puede hacerse a través de las distribuciones percentílicas de las variables, analizando a su vez las diferencias en función del sexo.

Tabla 4.28: Percentiles de las puntuaciones en la variable NEO/FFI-Neuroticismo, para diferentes grupos en hombre y mujeres

	Hombres				Mujeres			
	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico
100	32	30	32	44	47	39	47	42
90	26,3	23,4	31,8	42,2	33	29	40	39,4
80	23	19	29,8	35,2	30,8	26	37	36,8
70	19,9	18	27,4	31,3	27	24	34	35,2
60	18	16	25,4	28,2	25	22	33	33,2
50	16	15	25	24	23	20	32	30
40	14	13,4	24,6	23,2	20	19	31	28
30	12,1	11	23	20,7	18	16	29,9	25
20	10	9,2	22,4	17,6	15	14	27,6	23,2
10	6,7	5,60	18,8	15,9	11,1	10,9	25	20,6

Al analizar la variable Neuroticismo (tabla 4.28), se observa cómo la distribución de las mujeres muestra valores elevados respecto a los hombres, sin importar el grupo de pertenencia.

Atendiendo a los grupos de estudio (figura 4.9), se observa cómo el perfil No Clínico se sitúa por debajo de los otros grupos, siendo los perfiles de los grupos Clínico y Subclínico muy similar (especialmente en las mujeres).

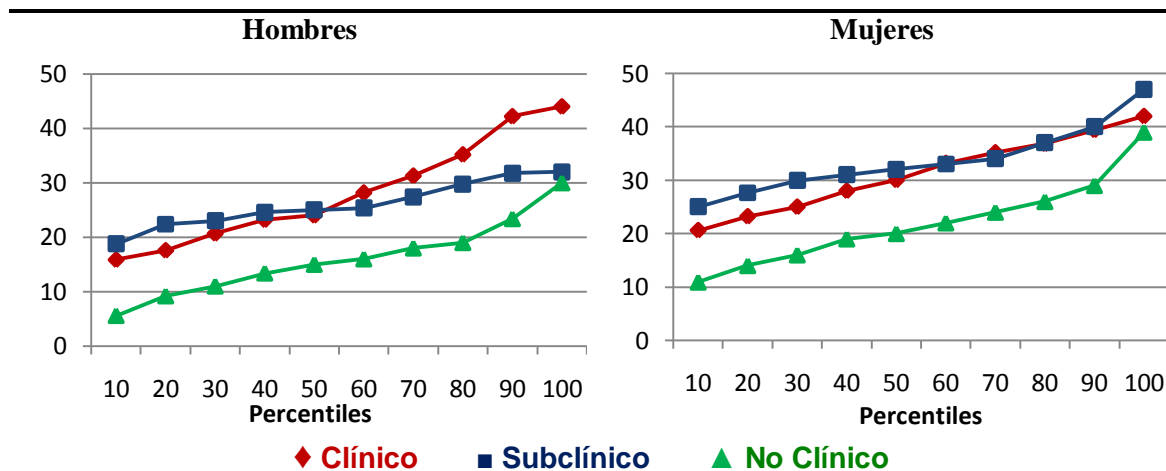


Figura 4.9: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de la variable Neuroticismo

La variable Extroversión (tabla 4.29 y figura 4.10) ofrece perfiles similares al comparar hombres y mujeres, encontrándose siempre que el grupo No Clínico se sitúa por encima del grupo Subclínico, que a su vez se sitúa por encima del grupo Clínico.

Tabla 4.29: Percentiles de las puntuaciones en la variable NEO/FFI-Extroversión, para diferentes grupos en hombre y mujeres

	Hombres				Mujeres			
	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico
100	46	46	43	34	48	48	44	40
90	43	43,4	42,6	31,3	41	42	39,7	37,2
80	41	41,8	40,6	30,2	39	39	36,8	34,8
70	39	39	38,8	29	37	37	34	34
60	38	38	34,8	29	35	36	32	31,6
50	35,5	37	31	28,5	34	35	31	28
40	34	35	28	26,8	32	33	30	26
30	30,1	31	26	24	30	31	28	24
20	28	28,2	21,2	20,8	29	29,8	25	23
10	22,7	23,6	16,8	14,7	26	27	21	17,4

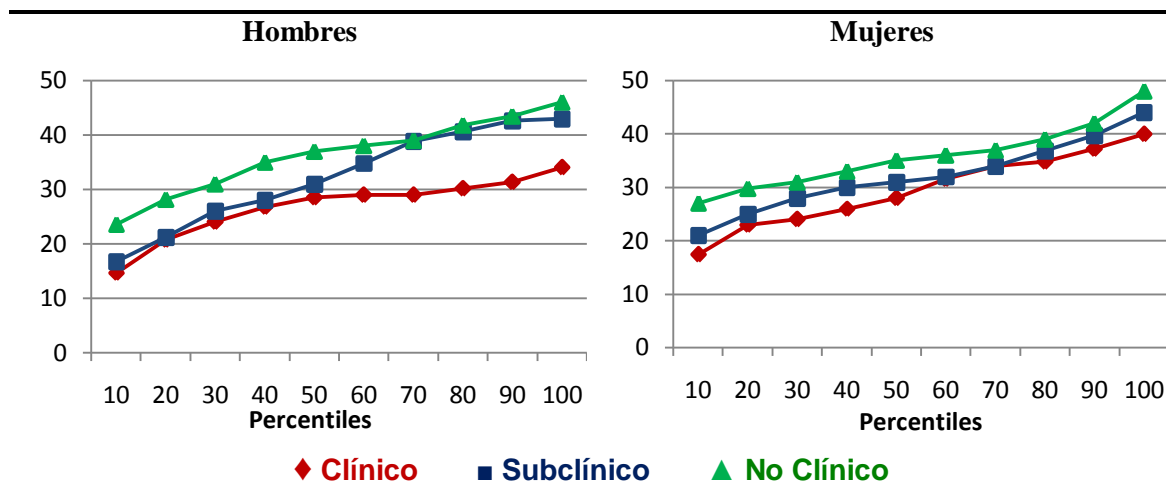


Figura 4.10: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de la variable Extraversión

Las variables Apertura y Amabilidad se comportan de manera similar en hombres y mujeres, y tampoco ofrecen diferencias marcadas en los perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No clínico (ver tablas 4.30 y 4.31 y figura 4.11).

Tabla 4.30: Percentiles de las puntuaciones en la variable NEO/FFI-Apertura, para diferentes grupos en hombre y mujeres

	Hombres				Mujeres			
	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico
100	45	45	43	44	48	46	48	43
90	37	37	40,6	36,8	36	36	38	37,8
80	34	33,8	38,8	36	32	32	32,4	34
70	32	32	34,8	33,3	30	30	32	32,4
60	31	31	31	32,4	29	29	30	29
50	28,5	29	28	29	27	27	28	27
40	26	26,4	26	25,2	26	26	27	25,4
30	24	24	24,4	24	24,3	24	25,9	24,8
20	22	22,2	21,4	22,4	22	22	22	23,2
10	18,7	18,6	15,4	18,7	20	20	20	21,6

Tabla 4.31: Percentiles de las puntuaciones en la variable NEO/FFI-Amabilidad, para diferentes grupos en hombre y mujeres

	Hombres				Mujeres			
	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico
100	42	41	42	37	48	48	40	40
90	38	38	41,4	36,1	38,9	39	37	38,8
80	36	35,8	38,6	33,2	36,8	37	35	35
70	35	35	37,4	32,3	35	36	34	34
60	34	34	34,6	32	33	34	32,8	32,6
50	32	32	32	30	32	33	30,5	31
40	31	31	31,8	29	31	31	29	31
30	29,1	29	30,2	26,8	30	30	27	28
20	27	27	27,8	23,8	27,2	28	25,6	26,4
10	24,7	24,6	20,6	18,8	26	26	22	23,2

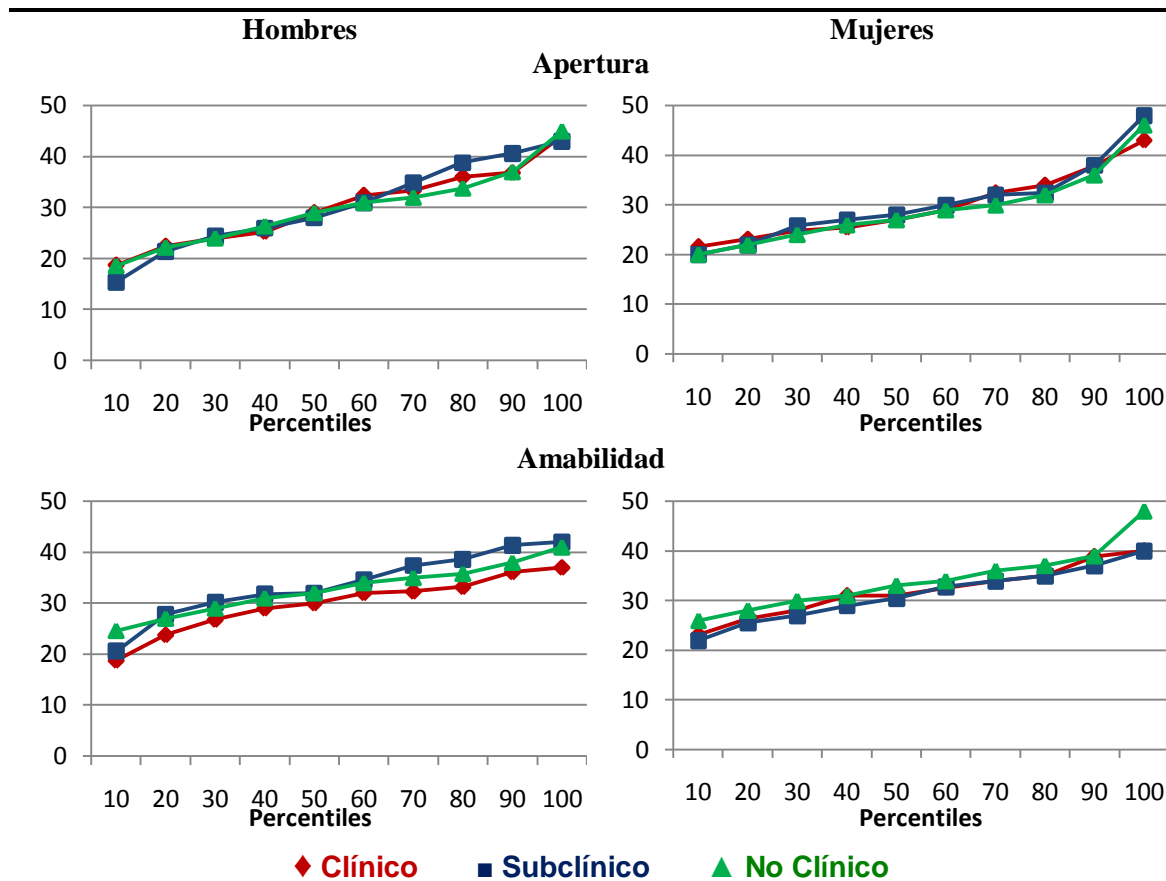


Figura 4.11: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de las variables Apertura y Amabilidad

En el caso de la variable Responsabilidad (ver tabla 4.32 y figura 4.12), el grupo Clínico siempre se sitúa por debajo del grupo No Clínico en el caso de las mujeres, y hasta el percentil 80 en el caso de los hombres.

Tabla 4.32: Percentiles de las puntuaciones en la variable NEO/FFI-Responsabilidad, para diferentes grupos en hombre y mujeres

	Hombres				Mujeres			
	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico	Control	No Clínico	Sub Clínico	Clínico
100	44	44	43	45	48	48	43	46
90	39,6	39,8	42,2	40,5	41	41	39	39,4
80	37,6	37	38,6	34,2	38	39	36	37,6
70	35	35	36,2	32	37	37	34	34,2
60	34	34	31,8	28,8	35	36	31,8	29,2
50	32	32	31	26,5	34	35	29	25
40	30,8	31	30	24,2	32	33	29	23,4
30	30	29,8	29,6	21,7	30	32	27	21,4
20	28	28	24,8	16,8	28	29	25	18,2
10	22,7	24,2	18,8	13,9	25	26	22	13,6

Al analizar los resultados del grupo Subclínico, vemos como se comporta de manera dispar en función del sexo. En el caso de los hombres, sus puntuaciones se encuentran

por encima del grupo Clínico (con la excepción del percentil 100), e incluso por encima del grupo No Clínico desde el percentil 70. Las mujeres del grupo Subclínico se encuentran por encima del grupo Clínico a partir del percentil 70, y se sitúan siempre por debajo respecto del grupo No Clínico.

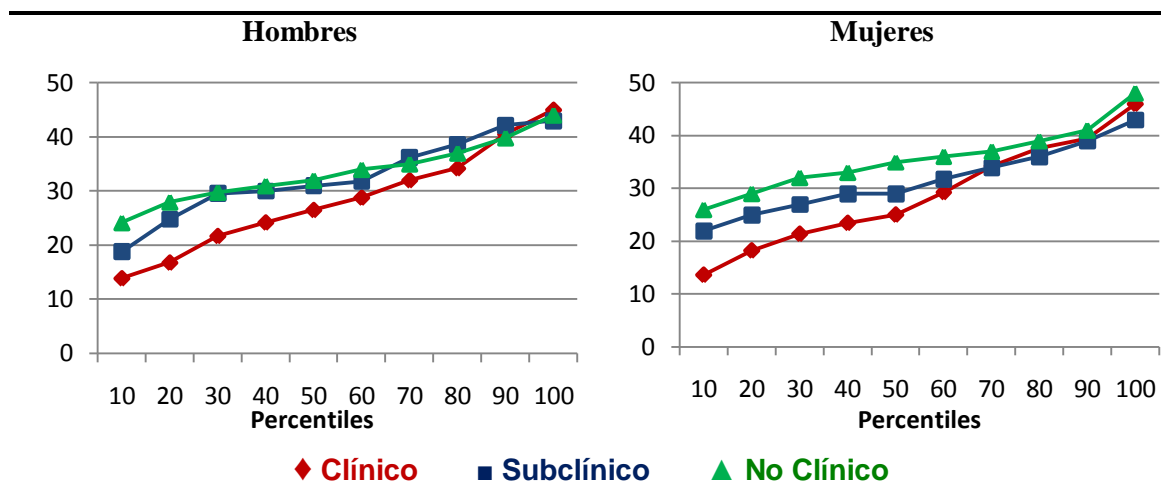


Figura 4.12: Perfiles de los grupos Clínico, Subclínico y No Clínico basados en los percentiles de la variable Responsabilidad

Para conocer las relaciones que puedan establecerse entre los distintos rasgos de personalidad, diferenciando a su vez entre los distintos grupos, se presentan a continuación las correlaciones de Spearman efectuadas (ver tablas 4.33 y 4.34).

Tabla 4.33: Correlaciones de Spearman entre los rasgos de personalidad del cuestionario NEO/FFI en el grupo Experimental

	NEO-FFI Neuroticismo	NEO-FFI Extraversión	NEO-FFI Apertura	NEO-FFI Amabilidad	NEO-FFI Responsabilidad
Rho de Spearman Neuroticismo	1	-,198	,128	-,330*	-,270
Extraversión		1	,341*	,097	,186
Apertura			1	,008	,254
Amabilidad				1	,082
Responsabilidad					1

*La correlación es significativa a un nivel 0,05 (bilateral)

Tabla 4.34: Correlaciones de Spearman entre los rasgos de personalidad del cuestionario NEO/FFI en el grupo Control

	NEO-FFI Neuroticismo	NEO-FFI Extraversión	NEO-FFI Apertura	NEO-FFI Amabilidad	NEO-FFI Responsabilidad
Rho de Spearman Neuroticismo	1	-,333**	-,023	-,229**	-,307**
Extraversión		1	,195**	,213**	,186**
Apertura			1	,164**	,151**
Amabilidad				1	,357**
Responsabilidad					1

**La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

Al analizar los resultados de los grupos Experimental y Control, se observan correlaciones dispares en función del grupo de pertenencia. En el grupo Experimental, apenas se observa una relación negativa entre Neuroticismo y Amabilidad (-,330; $p < ,05$) y una correlación positiva entre Extraversión y Apertura (,341; $p < ,05$). Pero al observar el comportamiento de las puntuaciones en el grupo Control, con la excepción del par Neuroticismo-Apertura (-,023; $p < ,01$), todas las variables obtienen relaciones significativas con el resto de rasgos de personalidad (negativa en el caso del Neuroticismo con la Extroversión, Amabilidad y Responsabilidad, y positiva en el resto de combinaciones).

Las puntuaciones del grupo Control parecen tener mayor consistencia entre sí que los resultados obtenidos en el grupo Experimental.

A continuación se presentan los mismos análisis de correlación referidos a los grupos Subclínico y No Clínico (tablas 4.35 y 4.36).

Tabla 4.35: Correlaciones de Spearman entre los rasgos de personalidad del cuestionario NEO/FFI en el grupo Subclínico

	NEO-FFI Neuroticismo	NEO-FFI Extraversión	NEO-FFI Apertura	NEO-FFI Amabilidad	NEO-FFI Responsabilidad
Rho de Spearman Neuroticismo	1	,024	-,016	-,101	-,165
Extraversión		1	,315**	,116	,058
Apertura			1	,061	,006
Amabilidad				1	,337**
Responsabilidad					1

**La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

Tabla 4.36: Correlaciones de Spearman entre los rasgos de personalidad del cuestionario NEO/FFI en el grupo No Clínico

	NEO-FFI Neuroticismo	NEO-FFI Extraversión	NEO-FFI Apertura	NEO-FFI Amabilidad	NEO-FFI Responsabilidad
Rho de Spearman Neuroticismo	1	-,320**	-,071	-,206**	-,249**
Extraversión		1	,187**	,213**	,195**
Apertura			1	,205**	,198**
Amabilidad				1	,346**
Responsabilidad					1

**La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

Comparando los grupos Subclínico y No Clínico encontramos resultados similares a los que aparecían al comparar los grupos Experimental y Control. Es decir, en el grupo Subclínico sólo encontramos una relación positiva entre las puntuaciones de los rasgos Extraversión y Apertura (,315; $p < ,01$) y Amabilidad y Responsabilidad (,337; $p < ,01$),

pero en el grupo No Clínico las relaciones se intensifican con la excepción de los rasgos Neuroticismo y Amabilidad (-,071; $p < ,01$).

De nuevo, el grupo Subclínico presenta valores similares a los que encontramos en el grupo Experimental, a si los comparamos con el resto de sujetos considerados dentro del grupo Control (el grupo No Clínico). Las puntuaciones del grupo Subclínico parecen no relacionarse entre sí, es decir, los perfiles de los sujetos son tan dispares que apenas se detectan patrones comunes entre sus características.

El cuestionario de personalidad NEO-FFI ofrece la posibilidad de agrupar los sujetos en una escala de intensidad según las puntuaciones centiles obtenidas en cada una de las variables medidas, partiendo de un baremo común para hombres y mujeres. De esta manera, se establecen las categorías Muy Alto, Alto, Medio, Bajo y Muy Bajo, distribuidas tal y como aparecen a continuación (ver tabla 4.37 y Figura 4.13), comparando los grupos Experimental y Control.

Pueden apreciarse diferentes resultados en función del grupo de pertenencia y la variable evaluada. Así se observa cómo en el grupo Control todas las variables del cuestionario NEO-FFI se distribuyen de forma normal (con sujetos en todas las categorías), mientras que en el Grupo Experimental se detectan la ausencia de determinados valores como en Neuroticismo, donde los estados Bajo y Muy Bajo no aparecen representados, o Extraversión y Amabilidad, donde ningún sujeto obtiene valores Muy Alto.

A través de la figura 4.13, se observan perfiles muy dispares entre los grupos Experimental y Control, sobre todo a nivel de las variables Neuroticismo y Responsabilidad.

En esta hipótesis nos planteamos si los estudiantes universitarios usuarios del SAP presentan rasgos de personalidad (NEO FFI) diferentes a los estudiantes que no solicitan el servicio. Tras detectar diferencias a nivel de estadísticos descriptivos, se han realizado contrastes de hipótesis mediante las pruebas U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon.

Tabla 4.37: Distribución de los grupos Experimental y Control en función de los niveles de intensidad en las escalas del cuestionario NEO/FFI

		Grupo Experimental			Grupo Control		
		Frecuencia	Porcentaje	% acum.	Frecuencia	Porcentaje	% acum.
NEO FFI Neuroticismo	Muy Alto	25	58,1	58,1	97	28,9	28,9
	Alto	14	32,6	90,7	126	37,5	66,4
	Medio	4	9,3	100,0	68	20,2	86,6
	Bajo	0	0	-	37	11,0	97,6
	Muy Bajo	0	0	-	8	2,4	100,0
NEO FFI Extraversión	Muy Alto	0	0	0	38	11,3	11,3
	Alto	3	7,0	7,0	97	28,9	40,2
	Medio	12	27,9	34,9	119	35,4	75,6
	Bajo	20	46,5	81,4	60	17,9	93,5
	Muy Bajo	8	18,6	100,0	22	6,5	100,0
NEO FFI Apertura	Muy Alto	3	7,0	7,0	22	6,5	6,5
	Alto	11	25,6	32,6	46	13,7	20,2
	Medio	9	20,9	53,5	131	39,0	59,2
	Bajo	18	41,9	95,3	116	34,5	93,8
	Muy Bajo	2	4,7	100,0	21	6,3	100,0
NEO FFI Amabilidad	Muy Alto	0	0	0	5	1,5	1,5
	Alto	5	11,6	11,6	85	25,3	26,8
	Medio	20	46,5	58,1	122	36,3	63,1
	Bajo	10	23,3	81,4	99	29,5	92,6
	Muy Bajo	8	18,6	100,0	25	7,4	100,0
NEO FFI Responsabilidad	Muy Alto	2	4,7	4,7	5	1,5	1,5
	Alto	4	9,3	14,0	58	17,3	18,8
	Medio	5	11,6	25,6	107	31,8	50,6
	Bajo	8	18,6	44,2	106	31,5	82,1
	Muy Bajo	24	55,8	100,0	60	17,9	100,0
Total		43			336		

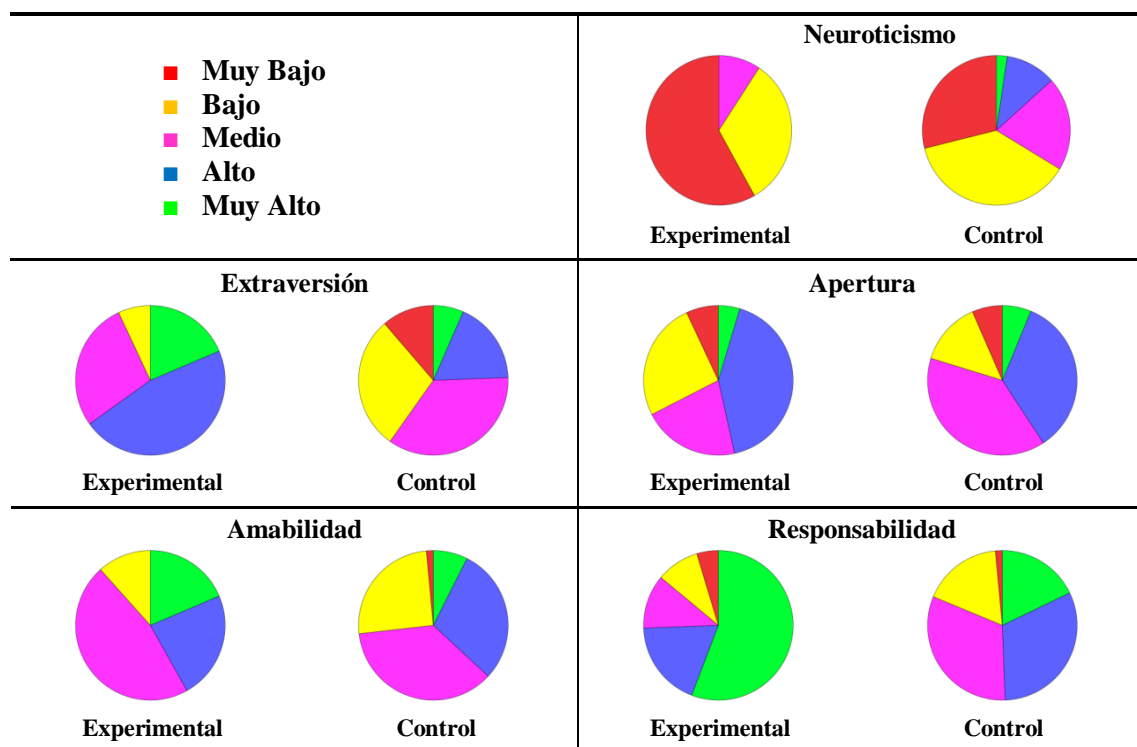


Figura 4.13: Distribución por porcentajes de los grupos Experimental y Control en función de los niveles de intensidad en las escalas del cuestionario NEO/FFI

Los resultados confirman la existencia de perfiles diferenciados entre los alumnos del grupo Experimental y los alumnos del Grupo Control a nivel de rasgos de personalidad, siendo las variables Neuroticismo ($Z=-4,747$; Sig.:,000; $p<,05$), Extraversión ($Z=-5,462$; Sig.:,000; $p<,05$) y Responsabilidad ($Z=-4,395$; Sig.:,000; $p<,05$) las que diferencian mejor a los sujetos de ambos grupos. Así, los estudiantes del grupo Experimental se definen por tener mayores puntuaciones en Neuroticismo, y menores en Extraversión y Responsabilidad que los alumnos del grupo Control, confirmándose así la hipótesis de la diferenciación de perfiles.

Cuando se estudian los grupos Subclínico y No Clínico se vuelven a encontrar diferencias significativas en las puntuaciones de Neuroticismo (Sig.:,000; $p<,05$), Extraversión (Sig.:,000; $p<,05$), Amabilidad Sig.: (,020; $p<,05$) y Responsabilidad (Sig.:,000; $p<,05$). Sin embargo, al enfrentar las puntuaciones de los grupos Clínico y Subclínico, las diferencias sólo se aprecian en la variable Extraversión (,010; $p<,05$) y Responsabilidad (,016; $p<,05$) quedando equiparadas las puntuaciones en Neuroticismo (,097; $p<,05$), Apertura (,968; $p<,05$) y Amabilidad (,781; $p<,05$). Tal y como ocurría con las variables clínicas descritas en la primera hipótesis, el Grupo Subclínico tiende a equipararse con el grupo Clínico o Experimental de este estudio en algunas variables, convirtiéndolo en un grupo puede encontrarse en una situación de riesgo.

Respecto a las relaciones entre los propios rasgos de personalidad, cabe destacar cómo en el Grupo Control esas relaciones son significativas en la totalidad de los pares estudiados con la excepción de Neuroticismo-Apertura (-,023; $p<,01$), perdiéndose gran parte de esas relaciones cuando se analizan en el Grupo Experimental. Parece existir una mayor variabilidad en los perfiles de los sujetos que son atendidos en el SAP respecto al alumnado no usuario del servicio.

La relación entre personalidad y problemas psicológicos ha sido estudiada en multitud de investigaciones, mostrando la relación entre determinada sintomatología psicopatológica y el tipo de personalidad (Durbin & Hicks, 2014; Roncero Sanchís, Fornés, Soriano, & Belloch, 2014). También se han encontrado diferencias de personalidad en población universitaria, logrando identificar distintas tipologías o perfiles (Gómez Masera, 2012), que se relacionan con el rendimiento académico.

Hipótesis 3: El rendimiento académico de los estudiantes universitarios (Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest) está relacionado con la sintomatología clínica Pretest (CORE, STAI y SCL-90).

Se quieren analizar las posibles relaciones que puedan presentar las escalas clínicas con los indicadores utilizados para medir el rendimiento académico en los estudiantes universitarios.

Con el objetivo de entender el signo de dichas relaciones, se lleva a cabo un estudio de las correlaciones existentes con los grupos Experimental y Control, relacionando variables académicas y clínicas.

Tabla 4.38: Correlaciones de Spearman entre Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest con las puntuaciones Pretest de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90 en el Grupo Experimental

		Nota Adm.	Tasa Rend.	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI-E	STAI-R
Nota de Admisión	Coef. de correlación	1	,280	-,185	-,219	,045	-,025	-,109	-,092	-,081	-,013
	Coef. de correlación	,280	1	-,124	-,019	,126	,119	,056	,037	,177	-,095
		SCL90 Som.	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host.	SCL90 A.Fób.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
Tasa Rendim.	Coef. de correlación	-,090	-,274	-,076	-,021	-,142	-,090	-,020	-,093	-,168	-,115
	Coef. de correlación	,134	-,205	,237	,042	-,038	,025	,130	,124	,107	,039

Al contrario de lo que cabría esperar, en el grupo Experimental no se ha detectado ningún tipo de relación significativa entre las variables académicas y clínicas (ver tabla 4.38).

Tabla 4.39: Correlaciones de Spearman entre Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest con las puntuaciones Pretest de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90 en el Grupo Control

		Nota Adm.	Tasa Rend.	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI-E	STAI-R
Nota de Admisión	Coef. de correlación	1	,261**	-,123*	-,094	-,098	,001	-,108*	-,112*	-,077	-,064
	Coef. de correlación	,261**	1	-,026	-,021	-,055	,028	-,031	-,035	-,059	,011
		SCL90 Som.	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host.	SCL90 A.Fób.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
Tasa Rendim.	Coef. de correlación	-,060	-,144**	-,045	-,085	-,001	-,044	,050	-,105	-,029	-,058
	Coef. de correlación	-,015	-,079	-,060	-,064	-,070	-,035	-,010	-,140**	-,117*	-,070

**La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa a un nivel 0,05 (bilateral)

Analizando el grupo Control (tabla 4.39), en las correlaciones significativas detectadas se obtiene una relación negativa entre el rendimiento académico y algunas variables

clínicas. Así, la Nota de admisión al Título correlaciona de forma negativa con las variables CORE-Bienestar (-,123; $p<,01$), CORE-Visibilidad (-,108; $p<,05$), CORE-Visi-R (-,112; $p<,05$) y SCL90-Obsesión-Compulsión (-,144; $p<,01$), y la Tasa de Rendimiento lo hace con las variables SCL90-Ideación Paranoide (-,140; $p<,01$) y SCL90-Psicoticismo (-,117; $p<,01$). Las dos medidas referidas a cuestiones académicas (nota de admisión y tasa de rendimiento pretest) correlacionan entre sí de forma positiva (,261; $p<,01$).

Para conocer en profundidad la intensidad y tipos de relaciones que se establecen, se han llevado a cabo las mismas correlaciones teniendo en cuenta los grupos Subclínico y No Clínico (tablas 4.40 y 4.41).

Tabla 4.40: Correlaciones de Spearman entre Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest con las puntuaciones Pretest de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90 en población Subclínica

		Nota Adm.	Tasa Rend.	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI-E	STAI-R
Nota de Admisión	Coef. de correlación	1	,319**	-,073	-,101	-,177	-,026	-,217	-,233*	-,130	-,030
	Coef. de correlación	,319**	10	,000	-,083	-,213	,097	-,172	-,228	-,256*	-,030
		SCL90 Som.	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host.	SCL90 A.Fób.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
Nota de Admisión	Coef. de correlación	-,072	-,125	-,069	,134	,092	-,058	,150	-,046	-,063	,019
	Coef. de correlación	-,071	-,094	-,122	-,113	-,120	,055	-,162	-,132	-,121	-,104

**La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa a un nivel 0,05 (bilateral)

Al analizar los resultados obtenidos con el grupo Subclínico (ver tabla 4.40) se observa cómo sólo aparecen correlaciones negativas significativas entre la Nota de Admisión al Título y la variable CORE-Visi-R (-,233 $p<,05$) y entre la Tasa de Rendimiento y la variable STAI-Estado (-,256; $p<,05$). Las dos variables académicas vuelven a presentar correlaciones positivas significativas (,319; $p<,01$).

Tabla 4.41: Correlaciones de Spearman entre Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest con las puntuaciones Pretest de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90 en población No Clínica

		Nota Adm.	Tasa Rend.	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI-E	STAI-R
Nota de Admisión	Coef. de correlación	1	,245**	-,131*	-,080	-,076	,051	-,101	-,107	-,054	-,054
	Coef. de correlación	,245**	1	,011	,019	-,007	,035	,011	,009	,019	,067
		SCL90 Som.	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host.	SCL90 A.Fób.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
Nota de Admisión	Coef. de correlación	-,034	-,144*	-,022	-,096	,012	-,027	,032	-,104	-,001	-,052
	Coef. de correlación	,013	-,055	-,020	-,043	-,050	-,055	,056	-,149*	-,114	-,053

**La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa a un nivel 0,05 (bilateral)

En esta ocasión, los resultados del grupo No Clínico (ver tabla 4.41) se acercan más a los obtenidos cuando analizábamos el grupo Control al completo, ya que parecen correlaciones negativas significativas entre la Nota de admisión al Título y las variables CORE-Bienestar (-,131; $p<,05$) y SCL90-Obsesión-Compulsión (-,144; $p<,01$), y entre la Tasa de Rendimiento y la variable SCL90-Ideación Paranoide (-,149; $p<,05$).

Con la tercera hipótesis queremos conocer en qué medida el rendimiento académico de los estudiantes universitarios (Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest) está relacionado con la sintomatología clínica Pretest (CORE, STAI y SCL-90). Para ello se han realizado correlaciones de Spearman, obteniéndose resultados muy pobres en cuanto a la relación entre variables académicas y clínicas.

Al estudiar el Grupo Experimental no se observa ningún par de variables cuyas relaciones sean significativas, y en el grupo Control la nota de admisión correlaciona de forma negativa con las variables CORE-Bienestar (-,123; $p<,01$), CORE-Visibilidad (-,108; $p<,05$), CORE-Visi-R (-,112; $p<,05$) y SCL90-Obsesión-Compulsión (-,144; $p<,01$), y la tasa de rendimiento lo hace con las variables SCL90-Ideación Paranoide (-,140; $p<,01$) y SCL90-Psicoticismo (-,117; $p<,01$).

Existen estudios que relacionan de forma negativa el rendimiento académico con la impulsividad (Lozano, Gordillo, & Pérez, 2014), con problemas de conducta (Lozano & García, 2000), estados emocionales negativos (De la Peña, Estrada, Almeida, & Páez, 1999), pero sobre todo se han asociado con trastornos de ansiedad (Eum & Rice, 2011) y problemas en el manejo del llamado estrés académico (Feldman et al., 2008; Gutiérrez et al., 2010; Martín-Monzón, 2007; Sañudo, Domínguez, Gutiérrez, Gómez, & Santos, 2012; Struthers, Perry, & Menec, 2000).

Hipótesis 4: El rendimiento académico de los estudiantes universitarios (Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest) se relaciona con los rasgos de personalidad (NEO-FFI).

Esta hipótesis pretende estudiar la relación que pueda existir entre los rasgos de personalidad y el rendimiento académico de los sujetos. Para ello, se realizan análisis de correlación de Spearman en los distintos grupos de este estudio (ver tablas 4.42 y 4.43).

Tabla 4.42: Correlaciones de Spearman entre Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest con las puntuaciones del cuestionario NEO-FFI en el grupo Experimental

		NEO-FFI Neuroticismo	NEO-FFI Extraversión	NEO-FFI Apertura	NEO-FFI Amabilidad	NEO-FFI Responsabilidad
Nota de Admisión	Coef. de correlación	,014	,224	,110	-,234	,097
Tasa Rendim.	Coef. de correlación	,151	-,311*	,056	-,190	,303*

*La correlación es significativa a un nivel 0,05 (bilateral)

Tabla 4.43: Correlaciones de Spearman entre Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest con las puntuaciones del cuestionario NEO-FFI en el grupo Control

		NEO-FFI Neuroticismo	NEO-FFI Extraversión	NEO-FFI Apertura	NEO-FFI Amabilidad	NEO-FFI Responsabilidad
Nota de Admisión	Coef. de correlación	-,149**	,040	,133*	,085	,191**
Tasa Rendim.	Coef. de correlación	-,018	,017	,079	,168**	,164**

**La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa a un nivel 0,05 (bilateral)

Analizando los resultados que ofrece la tabla referida al grupo Experimental (tabla 4.42) observamos que existen relaciones significativas entre la Tasa de Rendimiento y las variables Extraversión en términos negativos (-,311; <,05) y Responsabilidad en términos positivos (,031; <,05). Sin embargo, cuando observamos el comportamiento del grupo Control (tabla 4.43) aparece un mayor número de relaciones significativas, estableciéndose niveles destacables entre la Nota de Admisión al Título y Neuroticismo (-,149; <,01), Apertura (,133; <,05) y Responsabilidad (,191; <,01); y entre la Tasa de Rendimiento y Amabilidad (,168; <,01) y Responsabilidad (,164; <,01).

A continuación se presentan los mismos análisis de correlación referidos a los grupos Subclínico (tabla 4.44) y No Clínico (tabla 4.45).

Tabla 4.44: Correlaciones de Spearman entre Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest con las puntuaciones del cuestionario NEO-FFI en el grupo Subclínico

		NEO-FFI Neuroticismo	NEO-FFI Extraversión	NEO-FFI Apertura	NEO-FFI Amabilidad	NEO-FFI Responsabilidad
Nota de Admisión	Coef. de correlación	-,216	,077	,064	,156	,417**
Tasa Rendim.	Coef. de correlación	,036	,205	,068	,160	,195

**La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

Tabla 4.45: Correlaciones de Spearman entre Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest con las puntuaciones del cuestionario NEO-FFI en el grupo No Clínico

		NEO-FFI Neuroticismo	NEO-FFI Extraversión	NEO-FFI Apertura	NEO-FFI Amabilidad	NEO-FFI Responsabilidad
Nota de Admisión	Coef. de correlación	-,141*	,036	,162**	,057	,131*
Tasa Rendim.	Coef. de correlación	,015	-,040	,085	,166**	,152*

**La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa a un nivel 0,05 (bilateral)

Las puntuaciones del grupo Subclínico (tabla 4.44) se comportan de manera más dispersa, ya que sólo aparece una relación significativa entre la Nota de Admisión al Título y la variable Responsabilidad (,417; <,01). Sin embargo, el grupo No Clínico (tabla 4.45) vuelve a presentar correlaciones significativas entre las mismas variables que se encontraban al analizar el grupo Control en su totalidad: entre la Nota de Admisión al Título y las variables Neuroticismo (-,141; <,05), Apertura (,162; <,01) y Responsabilidad (,131; <,05); y entre la Tasa de Rendimiento y Amabilidad (,166; <,01) y Responsabilidad (,152; <,05).

Esta hipótesis predice que el rendimiento académico de los estudiantes universitarios (Nota de Admisión al Título y Tasa de Rendimiento Pretest) está relacionado con los rasgos de personalidad (NEO-FFI).

Cuando se observan cómo interaccionan los rasgos de personalidad con los indicadores de rendimiento académico, también se detectan perfiles dispares. Los alumnos del grupo Experimental parecen obtener mejores puntuaciones en la Tasa de Rendimiento en la medida que obtienen menores puntuaciones en Extraversión y mayores en Responsabilidad. Por el contrario, los sujetos del grupo Control presentan puntuaciones más elevadas en la Tasa de Rendimiento Pretest en la medida que aumentan sus puntuaciones en Amabilidad y Responsabilidad. Estos resultados confirman las relaciones existentes entre estas variables y el rendimiento académico de los alumnos, como han constatado numerosas investigaciones (Brazdău & Mihai, 2011; Cheng &

Ickes, 2009; Furnham, Nuygards, & Chamorro-Premuzic, 2013; McIlveen, Beccaria, & Burton, 2013; Poporat, 2009).

Las personas con puntuaciones altas en Amabilidad son más consideradas, simpáticas, altruistas y generosas (Costa & McCrae, 1992). Este hecho puede facilitar la interacción con los compañeros y profesores, aumentando las redes de apoyo y el trabajo colaborativo, fundamentales en el quehacer diario de los estudiantes universitarios. Por otro lado, las personas con puntuaciones altas en Responsabilidad son más exigentes consigo mismas, toman decisiones con mayor facilidad y se organizan de forma más eficiente y ordenada, cualidades que sin duda son necesarias para poder llevar los estudios universitarios de forma adecuada. El establecimiento de un correcto hábito de estudio, basado en el trabajo constante y continuado, evita la aparición de conductas compensatorias inadecuadas.

Hipótesis 5: Todas las dimensiones, consideradas dentro del concepto de sintomatología clínica (CORE-OM, STAI-E/R, SCL-90), se mantendrán constantes en los estudiantes universitarios del Grupo Control a lo largo de su permanencia en la universidad.

Esta hipótesis plantea analizar la estabilidad de las puntuaciones en las escalas clínicas entre las medidas Pretest y Posttest en los estudiantes del grupo Control. En ese sentido cabe esperar que aquellos estudiantes que obtengan puntuaciones bajas en la medida Pretest continúen manteniendo dichas puntuaciones en el momento del Posttest, y aquellos sujetos que presenten puntuaciones elevadas en el Pretest mantengan esas altas puntuaciones en el Posttest, asumiendo cierta movilidad entre los grupos Subclínico y No Clínico.

En primer lugar se ofrecen los estadísticos descriptivos de las puntuaciones en las escalas clínicas en el Pretest y Posttest, teniendo en cuenta el Grupo Control (ver tabla 4.46).

Tabla 4.46: Estadísticos descriptivos de las escalas clínicas Pretest y Posttest en el grupo Control

	PRETEST				POSTEST			
	Mínim	Máxim	Media	D.T.	Mínim	Máxim	Media	D.T.
CORE - Bienestar Subjetivo	0	16	5,65	3,28	0	14	4,99	2,83
CORE - Problemas y Síntomas	0	40	13,55	8,05	0	39	10,72	6,99
CORE - Funcionamiento	0	32	10,05	5,64	0	29	9,13	5,18
CORE - Riesgo	0	9	,78	1,37	0	12	,54	1,13
CORE - Visibilidad	2	89	29,99	16,38	0	88	25,34	14,03
CORE - Visi-R	2	83	29,25	15,66	0	95	28,47	17,01
STAI - Estado	0	50	14,78	8,60	0	52	13,85	8,63
STAI - Rasgo	2	60	20,78	9,61	0	51	18,43	8,95
SCL-90 - Somatización	0	40	7,82	6,92	0	40	6,44	6,48
SCL-90 - Obsesión-Compulsión	0	30	8,06	5,72	0	28	6,49	5,45
SCL-90 - Sensibilidad Interper.	0	23	6,50	5,31	0	26	5,23	4,76
SCL-90 - Depresión	0	38	9,81	7,58	0	41	7,73	6,65
SCL-90 - Ansiedad	0	28	5,57	5,33	0	30	3,97	4,46
SCL-90 - Hostilidad	0	15	2,60	2,96	0	15	2,28	2,75
SCL-90 - Ansiedad Fóbica	0	26	1,94	3,16	0	20	1,29	2,47
SCL-90 - Ideación Paranoide	0	16	4,21	3,34	0	18	3,43	3,05
SCL-90 - Psicoticismo	0	20	3,28	3,89	0	19	2,08	2,84
SCL-90 - I.G.S.	0	218	54,98	40,31	0	213	42,93	34,81

En todas las variables analizadas se observa una reducción en las puntuaciones medias en el Posttest respecto a los resultados obtenidos en el Pretest.

Para conocer más a fondo el comportamiento de los sujetos del grupo Control, se han analizado los estadísticos descriptivos de los grupos Subclínico y No Clínico por separado (tabla 4.47).

Tabla 4.47: Estadísticos descriptivos de las escalas clínicas Pretest y Postest comparando las muestras Subclínica y No Clínica

		PRETEST				POSTEST			
		Mín.	Máx.	\bar{x}	D.T.	Mín.	Máx.	\bar{x}	D.T.
CORE - Bienestar Subjetivo	No Clínico	0	11	4,48	2,48	0	14	4,39	2,51
	Subclínico	4	16	9,85	2,19	1	14	7,12	2,91
CORE - Problemas y Síntomas	No Clínico	0	23	10,28	5,11	0	31	9,04	5,56
	Subclínico	16	40	25,34	5,13	2	39	16,78	8,20
CORE - Funcionamiento	No Clínico	0	22	7,95	3,96	0	28	7,95	4,31
	Subclínico	8	32	17,64	4,08	2	29	13,37	5,83
CORE - Riesgo	No Clínico	0	5	,42	,75	0	12	,41	1,05
	Subclínico	0	9	2,10	2,13	0	7	1,00	1,30
CORE - Visibilidad	No Clínico	2	43	23,11	9,99	0	73	21,75	11,21
	Subclínico	44	89	54,81	9,39	7	88	38,26	15,57
CORE - Visi-R	No Clínico	2	42	22,70	9,76	0	77	25,22	15,15
	Subclínico	43	83	52,84	8,64	6	95	40,15	18,29
STAI - Estado	No Clínico	0	36	12,33	6,56	0	45	12,41	7,56
	Subclínico	3	50	23,59	9,32	2	52	19,01	10,21
STAI - Rasgo	No Clínico	2	60	17,67	7,71	0	51	16,28	7,65
	Subclínico	17	52	31,97	7,12	7	45	26,16	9,08
SCL-90 - Somatización	No Clínico	0	26	5,90	4,71	0	34	5,30	5,13
	Subclínico	0	40	14,75	8,93	0	40	10,52	8,85
SCL-90 - Obsesión-Compuls.	No Clínico	0	26	6,35	4,21	0	28	5,22	4,29
	Subclínico	3	30	14,23	6,21	0	28	11,07	6,63
SCL-90 - Sensibilidad Interper.	No Clínico	0	19	4,86	4,01	0	16	4,13	3,71
	Subclínico	2	23	12,38	5,27	0	26	9,19	5,91
SCL-90 - Depresión	No Clínico	0	26	6,96	4,64	0	41	6,06	4,99
	Subclínico	5	38	20,08	7,23	1	39	13,73	8,28
SCL-90 - Ansiedad	No Clínico	0	18	3,90	3,42	0	19	3,03	3,24
	Subclínico	1	28	11,58	6,54	0	30	7,34	6,28
SCL-90 - Hostilidad	No Clínico	0	14	1,86	2,16	0	13	1,87	2,26
	Subclínico	0	15	5,25	3,84	0	15	3,74	3,71
SCL-90 - Ansiedad Fóbica	No Clínico	0	26	1,34	2,39	0	9	,83	1,44
	Subclínico	0	17	4,12	4,42	0	20	2,95	4,16
SCL-90 - Ideación Paranoide	No Clínico	0	16	3,41	2,69	0	18	2,86	2,54
	Subclínico	1	14	7,10	3,86	0	15	5,52	3,76
SCL-90 - Psicoticismo	No Clínico	0	12	2,00	2,33	0	9	1,41	1,90
	Subclínico	0	20	7,90	4,78	0	19	4,48	4,14
SCL-90 - I.G.S.	No Clínico	0	144	40,29	24,03	0	130	34,04	24,30
	Subclínico	34	218	107,89	42,84	9	213	74,93	46,50

Los resultados obtenidos en la muestra Subclínica revelan un descenso en todas las variables clínicas en la medida Postest respecto a la Pretest, aunque continúan presentando en todo momento puntuaciones superiores a las obtenidas por el grupo No Clínico (ver figuras 4.14 y 4.15).

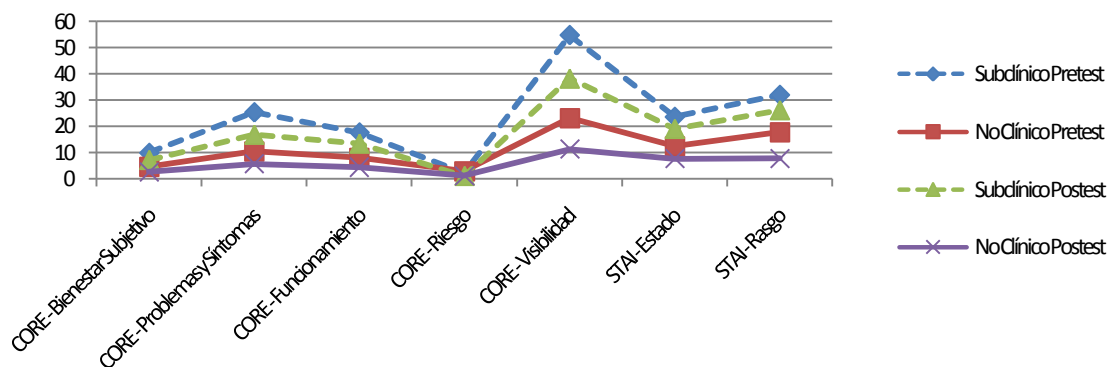


Figura 4.14: Perfiles Pretest y Posttest en los cuestionarios CORE-OM y STAI-E/R de los grupos Subclínico y No Clínico

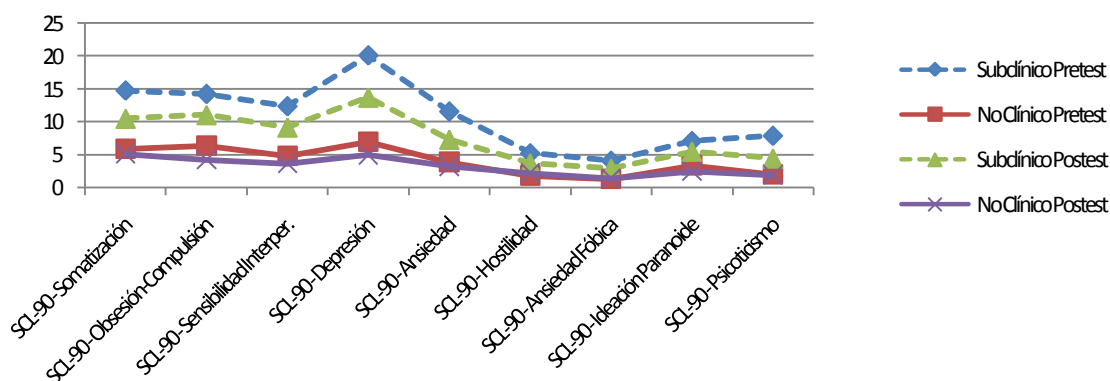


Figura 4.15: Perfiles Pretest y Posttest en el cuestionario SCL-90 de los grupos Subclínico y No Clínico

El descenso en las puntuaciones Posttest respecto a la medida Pretest también ocurre de forma generalizada en la muestra No Clínica, si bien es menos acusada que en la muestra Subclínica. En concreto, las variables CORE-Visi-R, STAI-Estado y SCL-90-Hostilidad recogen un pequeño aumento en sus puntuaciones Posttest, y la variable CORE-Funcionamiento mantiene constantes sus puntuaciones en el Posttest comparándolas con las puntuaciones Pretest.

Es interesante conocer cómo se relacionan las puntuaciones Pretest de las variables clínicas con las puntuaciones Posttest, y para ello se han realizado correlaciones de Spearman respecto a la población Control (ver anexo F).

Puede observarse una correlación positiva significativa en el 100% de los casos, manifestando la fuerte relación existente entre las puntuaciones obtenidas en el Pretest con las puntuaciones del Posttest.

Se hace necesario un análisis pormenorizado de estas relaciones haciendo la diferenciación entre las muestras Subclínica y No Clínica.

Al analizar la muestra Subclínica (ver anexo G) se observa cómo se pierden una parte considerable de las relaciones que se establecían teniendo en cuenta el Grupo Control en su conjunto. En concreto se pierden el 37,35% de las correlaciones positivas significativas (121 de 324 pares posibles), manteniéndose el 62,65% de dichas correlaciones (203 de 324). Además, de las correlaciones que se mantienen, 56 de ellas lo hacen disminuyendo el nivel de confianza al 95%.

Cuando se analizan los resultados obtenidos en las correlaciones entre las puntuaciones Pretest y Posttest en el grupo No Clínico (ver anexo H), se vuelven a obtener puntuaciones significativas positivas, manteniéndose el 95,68% (310 de 324 pares posibles) de las correlaciones.

A continuación se realiza un contraste de hipótesis de muestras relacionadas, a través de pruebas no paramétricas, para conocer el nivel de significación ($p < ,05$) de las diferencias encontradas entre las puntuaciones Pretest y Posttest (ver tabla 4.48), tomando como referencia el Grupo Control.

A excepción de las variables STAI-Estado (Signos: ,138; $p < ,05$) y SCL-90-Hostilidad (Wilcoxon: ,015 y Signos: ,078; $p < ,05$), el resto de variables clínicas presentan diferencias significativas entre las medidas Pretest y Posttest.

De los datos desprendidos, puede observarse cómo la variable CORE-Riesgo es la más estable dentro de las estudiadas, ya que un 58,3% de los sujetos presentan puntuaciones similares en las dos medidas, seguido de la variable SCL-90-Ansiedad Fóbica con un 42,1% de empates. Sólo en estas dos variables el número de empates supera el número de rangos negativos, ya que en el resto de variables existe un mayor número de sujetos que presentan puntuaciones Posttest inferiores a las puntuaciones Pretest. De ellas, la variable SCL-90-Índice General Sintomático es la que presenta un mayor porcentaje de sujetos en los que disminuye la puntuación Posttest respecto a la obtenida en el Pretest (69,6% de los sujetos), seguida de las variables CORE-Problemas y Síntomas (64,3%), CORE-Visibilidad (62,5%), STAI-Rasgo (61,6%) y SCL-90-Obsesión-Compulsión (61%).

Por otro lado, las variables que presentan un mayor porcentaje de sujetos en los que las puntuaciones Posttest aumentan respecto a las Pretest son STAI-Estado (41,6% de casos con rango positivo), CORE-Visi-R (40,1%), CORE-Funcionamiento (37,8%) y CORE-Bienestar Subjetivo (33,9%), pero en ningún momento superan el porcentaje de casos con rango negativo.

Parece claro que existe un descenso generalizado en las puntuaciones obtenidas en las escalas clínicas por parte de los sujetos del Grupo Control.

Con objeto de analizar las diferencias de comportamiento de los resultados entre los grupos Subclínico y No Clínico, se han realizado los mismos contrastes para los citados grupos, obteniendo los siguientes resultados (ver tablas 4.49 y 4.50).

En la muestra Subclínica (tabla 4.49) todas las variables estudiadas presentan diferencias significativas entre las medidas Pretest y Posttest, encontrándose también que en la totalidad de los contrastes realizados, las puntuaciones Posttest son inferiores a las Pretest (se obtienen rangos negativos).

En ese sentido, la variables CORE-Visibilidad (87,6% de rangos negativos) y SCL-90-Índice General Sintomático (86,3%) se muestran como las que presentan un mayor número de sujetos en los que disminuyen las puntuaciones Posttest respecto a las Pretest. La variable CORE-Riesgo es de nuevo la que presenta el mayor porcentaje de casos en los que las puntuaciones se mantienen iguales, con un 31,5% de empates, y la variable STAI-Estado la que presenta un mayor porcentaje de casos en los que aumentan las puntuaciones Posttest frente a la medida Pretest (54,7% de casos con rango positivo).

Por otro lado (ver tabla 4.50), el grupo de sujetos considerados dentro del grupo No Clínico se comporta de manera más estable, ya que en las variables CORE-Bienestar Subjetivo (Wilcoxon: ,611; Signos: 89; $p < ,05$), CORE-Funcionamiento (Wilcoxon: ,744; Signos: ,196; $p < ,05$), CORE-Riesgo (Wilcoxon: ,428; Signos: ,246; $p < ,05$), CORE-Visi-R (Wilcoxon: ,357; Signos: ,661; $p < ,05$), STAI-Estado (Wilcoxon: ,816; Signos: ,796; $p < ,05$) y SCL90-Hostilidad (Wilcoxon: ,615; Signos: 1,0; $p < ,05$) no se detectan diferencias significativas entre las puntuaciones Pretest y Posttest.

Tabla 4.48: Estadísticos de contraste para muestras relacionadas (Pretest-Postest) en el Grupo Control. Prueba de los Signos y de los Rangos con signo de Wilcoxon

		N	%	Rango promedio	Suma de rangos	Wilcoxon		Signos	
						Z	Sig.Asint (bilat.)	Z	Sig.Asint (bilat.)
CORE Bienestar Subjetivo	Rangos -	165	49,1	149,68	24696,50	-3,858 ^a	,000*	-2,993	,003*
	Rangos +	114	33,9	126,00	14363,50				
	Empates	57	17						
CORE Problemas y Síntomas	Rangos -	216	64,3	166,01	35858,50	-7,052 ^a	,000*	-6,670	,000*
	Rangos +	97	28,8	136,93	13282,50				
	Empates	23	6,9						
CORE Funcionamiento	Rangos -	181	53,8	159,73	28910,50	-3,281 ^a	,001*	-3,020	,003*
	Rangos +	127	37,8	147,05	18675,50				
	Empates	28	8,4						
CORE Riesgo	Rangos -	91	27,1	73,58	6695,50	-3,794 ^a	,000*	-3,465	,001*
	Rangos +	49	14,6	64,79	3174,50				
	Empates	196	58,3						
CORE Visibilidad	Rangos -	210	62,5	173,99	36538,50	-6,305 ^a	,000*	-5,406	,000*
	Rangos +	112	33,3	138,08	15464,50				
	Empates	14	4,2						
CORE Visi-R	Rangos -	190	56,5	158,60	30133,50	-2,151 ^a	,031*	-2,995	,003*
	Rangos +	135	40,1	169,20	22841,50				
	Empates	11	3,4						
STAI Estado	Rangos -	167	49,7	161,56	26980,50	-2,149 ^a	,032*	-1,484	,138
	Rangos +	140	41,6	144,98	20297,50				
	Empates	29	8,7						
STAI Rasgo	Rangos -	207	61,6	169,85	35159,00	-5,728 ^a	,000*	-5,199	,000*
	Rangos +	113	33,6	143,37	16201,00				
	Empates	16	4,8						
SCL-90 Somatización	Rangos -	192	57,1	157,38	30216,50	-5,355 ^a	,000*	-4,924	,000*
	Rangos +	106	31,5	135,23	14334,50				
	Empates	38	11,4						
SCL-90 Obsesión-Compulsión	Rangos -	205	61	161,73	33154,00	-6,656 ^a	,000*	-6,090	,000*
	Rangos +	98	29,1	131,65	12902,00				
	Empates	33	9,9						
SCL-90 Sensibilidad Interpersonal	Rangos -	202	60,1	153,27	30961,50	-5,991 ^a	,000*	-6,151	,000*
	Rangos +	95	28,3	139,91	13291,50				
	Empates	39	11,6						
SCL-90 Depresión	Rangos -	203	60,4	162,24	32934,00	-6,371 ^a	,000*	-5,793	,000*
	Rangos +	101	30	132,93	13426,00				
	Empates	32	9,6						
SCL-90 Ansiedad	Rangos -	204	60,7	148,80	30354,50	-7,347 ^a	,000*	-7,299	,000*
	Rangos +	80	23,8	126,44	10115,50				
	Empates	52	15,5						
SCL-90 Hostilidad	Rangos -	131	38,9	123,85	16224,50	-2,421 ^a	,015	-1,765	,078
	Rangos +	103	30,6	109,42	11270,50				
	Empates	102	30,5						
SCL-90 Ansiedad Fóbica	Rangos -	131	38,9	103,61	13573,50	-5,163 ^a	,000*	-4,726	,000*
	Rangos +	64	19	86,51	5536,50				
	Empates	141	42,1						
SCL-90 Ideación Paranoide	Rangos -	190	56,5	145,71	27684,00	-5,031 ^a	,000*	-5,431	,000*
	Rangos +	97	28,9	140,66	13644,00				
	Empates	49	14,6						
SCL-90 Psicoticismo	Rangos -	171	50,9	128,91	22044,00	-6,942 ^a	,000*	-6,442	,000*
	Rangos +	70	20,8	101,67	7117,00				
	Empates	95	28,3						
SCL-90 Índice General Sintomático	Rangos -	234	69,6	176,75	41359,50	-8,102 ^a	,000*	-7,542	,000*
	Rangos +	96	28,6	138,08	13255,50				
	Empates	6	1,8						

* p<,05

a. Basado en los rangos positivos.

Tabla 4.49: Estadísticos de contraste para muestras relacionadas (Pretest-Posttest) en el Grupo Subclínico. Prueba de los Signos y de los Rangos con signo de Wilcoxon

		N	%	Rango promedio	Suma de rangos	Wilcoxon		Signos	
						Z	Sig.Asint (bilat.)	Z	Sig.Asint (bilat.)
CORE Bienestar Subjetivo	Rangos -	58	79,4	37,02	2147,00	-5,975 ^a	,000*	-5,700	,000*
	Rangos +	10	13,7	19,90	199,00				
	Empates	5	6,9						
CORE Problemas y Síntomas	Rangos -	62	84,9	35,38	2193,50	-6,591 ^a	,000*	-6,841	,000*
	Rangos +	5	6,9	16,90	84,50				
	Empates	6	8,2						
CORE Funcionamiento	Rangos -	51	69,8	41,19	2100,50	-5,347 ^a	,000*	-3,852	,000*
	Rangos +	18	24,6	17,47	314,50				
	Empates	4	5,6						
CORE Riesgo	Rangos -	40	54,8	27,70	1108,00	-4,607 ^a	,000*	-4,101	,000*
	Rangos +	10	13,7	16,70	167,00				
	Empates	23	31,5						
CORE Visibilidad	Rangos -	64	87,6	38,20	2444,50	-6,685 ^a	,000*	-6,646	,000*
	Rangos +	7	9,6	15,93	111,50				
	Empates	2	2,8						
CORE Visi-R	Rangos -	59	80,8	37,25	2197,50	-5,269 ^a	,000*	-5,459	,000*
	Rangos +	12	16,4	29,88	358,50				
	Empates	2	2,8						
STAI Estado	Rangos -	45	61,6	39,66	1784,50	-3,739 ^a	,000*	-2,547	,011*
	Rangos +	23	54,7	24,41	561,50				
	Empates	5	6,9						
STAI Rasgo	Rangos -	53	72,6	41,02	2174,00	-5,137 ^a	,000*	-4,035	,000*
	Rangos +	18	24,6	21,22	382,00				
	Empates	2	2,8						
SCL-90 Somatización	Rangos -	54	73,9	38,20	2063,00	-4,807 ^a	,000*	-4,422	,000*
	Rangos +	16	21,9	26,38	422,00				
	Empates	3	4,2						
SCL-90 Obsesión-Compulsión	Rangos -	48	65,7	39,67	1904,00	-4,473 ^a	,000*	-3,274	,001*
	Rangos +	20	27,4	22,10	442,00				
	Empates	5	6,9						
SCL-90 Sensibilidad Interpersonal	Rangos -	57	78,1	38,09	2171,00	-5,447 ^a	,000*	-5,139	,000*
	Rangos +	13	17,7	24,15	314,00				
	Empates	3	4,2						
SCL-90 Depresión	Rangos -	58	79,4	37,37	2167,50	-5,742 ^a	,000*	-5,538	,000*
	Rangos +	11	15	22,50	247,50				
	Empates	4	5,6						
SCL-90 Ansiedad	Rangos -	55	75,3	35,18	1935,00	-5,305 ^a	,000*	-5,293	,000*
	Rangos +	11	15,1	25,09	276,00				
	Empates	7	9,6						
SCL-90 Hostilidad	Rangos -	44	60,3	30,33	1334,50	-3,410 ^a	,001*	-3,645	,000*
	Rangos +	15	20,5	29,03	435,50				
	Empates	14	19,2						
SCL-90 Ansiedad Fóbica	Rangos -	40	54,8	29,48	1179,00	-3,121 ^a	,002*	-3,074	,002*
	Rangos +	16	21,9	26,06	417,00				
	Empates	17	23,3						
SCL-90 Ideación Paranoide	Rangos -	48	65,7	34,81	1671,00	-3,337 ^a	,001*	-3,421	,001*
	Rangos +	19	26,1	31,95	607,00				
	Empates	6	8,2						
SCL-90 Psicoticismo	Rangos -	58	79,4	36,32	2106,50	-5,385 ^a	,000*	-5,538	,000*
	Rangos +	11	15	28,05	308,50				
	Empates	4	5,6						
SCL-90 Índice General Sintomático	Rangos -	63	86,3	38,79	2444,00	-6,012 ^a	,000*	-6,086	,000*
	Rangos +	10	13,7	25,70	257,00				
	Empates	0	0						

* p<,05

a. Basado en los rangos positivos.

Tabla 4.50: Estadísticos de contraste para muestras relacionadas (Pretest-Posttest) en el Grupo No Clínico. Prueba de los Signos y de los Rangos con signo de Wilcoxon

		N	%	Rango promedio	Suma de rangos	Wilcoxon		Signos	
						Z	Sig.Asint (bilat.)	Z	Sig.Asint (bilat.)
CORE Bienestar Subjetivo	Rangos -	107	40,7	108,70	11631,00	-,509 ^a	,611	-,138	,890
	Rangos +	104	39,5	103,22	10735,00				
	Empates	52	19,8						
CORE Problemas y Síntomas	Rangos -	154	58,5	125,60	19343,00	-3,723 ^a	,000*	-3,889	,000*
	Rangos +	92	35	119,98	11038,00				
	Empates	17	6,5						
CORE Funcionamiento	Rangos -	130	49,4	112,98	14687,50	-,326 ^a	,744	-1,294	,196
	Rangos +	109	41,4	128,37	13992,50				
	Empates	24	9,2						
CORE Riesgo	Rangos -	51	19,4	43,78	2233,00	-,792 ^a	,428	-1,160	,246
	Rangos +	39	14,8	47,74	1862,00				
	Empates	173	65,8						
CORE Visibilidad	Rangos -	146	55,5	129,80	18951,50	-2,727 ^a	,006*	-2,525	,012*
	Rangos +	105	39,9	120,71	12674,50				
	Empates	12	4,6						
CORE Visi-R	Rangos -	131	49,8	115,37	15113,00	-,921 ^b	,357	-,439	,661
	Rangos +	123	46,7	140,42	17272,00				
	Empates	9	3,5						
STAI Estado	Rangos -	122	46,4	119,58	14589,00	-,233 ^a	,816	-,259	,796
	Rangos +	117	44,5	120,44	14091,00				
	Empates	24	9,1						
STAI Rasgo	Rangos -	154	58,5	126,78	19523,50	-3,486 ^a	,000*	-3,676	,000*
	Rangos +	95	36,1	122,12	11601,50				
	Empates	14	5,4						
SCL-90 Somatización	Rangos -	138	52,5	116,16	16030,00	-3,003 ^a	,003*	-3,113	,002*
	Rangos +	90	34,2	111,96	10076,00				
	Empates	35	13,3						
SCL-90 Obsesión-Compulsión	Rangos -	157	59,7	121,73	19112,00	-5,050 ^a	,000*	-5,088	,000*
	Rangos +	78	29,6	110,49	8618,00				
	Empates	28	10,7						
SCL-90 Sensibilidad Interpersonal	Rangos -	145	55,1	113,06	16393,50	-3,508 ^a	,000*	-4,115	,000*
	Rangos +	82	31,2	115,66	9484,50				
	Empates	36	13,7						
SCL-90 Depresión	Rangos -	145	55,1	121,42	17606,00	-3,596 ^a	,000*	-3,523	,000*
	Rangos +	90	34,2	112,49	10124,00				
	Empates	28	10,7						
SCL-90 Ansiedad	Rangos -	149	56,6	111,74	16649,00	-5,103 ^a	,000*	-5,351	,000*
	Rangos +	69	26,2	104,67	7222,00				
	Empates	45	17,2						
SCL-90 Hostilidad	Rangos -	87	33	92,32	8031,50	-,503 ^a	,615	,000	1,000
	Rangos +	88	33,5	83,73	7368,50				
	Empates	88	33,5						
SCL-90 Ansiedad Fóbica	Rangos -	91	34,6	73,67	6704,00	-3,957 ^a	,000*	-3,562	,000*
	Rangos +	48	18,2	63,04	3026,00				
	Empates	124	47,2						
SCL-90 Ideación Paranoide	Rangos -	142	54	111,10	15776,50	-3,873 ^a	,000*	-4,247	,000*
	Rangos +	78	29,6	109,40	8533,50				
	Empates	43	16,4						
SCL-90 Psicoticismo	Rangos -	113	43	89,68	10134,00	-4,178 ^a	,000*	-4,041	,000*
	Rangos +	59	22,4	80,41	4744,00				
	Empates	91	34,6						
SCL-90 Índice General Sintomático	Rangos -	171	65	134,63	23021,00	-5,404 ^a	,000*	-5,240	,000*
	Rangos +	86	32,7	117,81	10132,00				
	Empates	6	2,3						

* p<,05

a. Basado en los rangos positivos. b. Basado en los rangos negativos.

Para entender mejor las diferencias entre las muestras Subclínica y No Clínica, se llevan a cabo contrastes de hipótesis de muestras independientes mediante pruebas no paramétricas, con el objeto de establecer el nivel de significación ($p < ,05$) de las diferencias encontradas en los dos momentos de recogida de información: Pretest y Postest (ver tabla 4.51).

Tabla 4.51: Estadísticos de contraste para muestras independientes en las puntuaciones Pretest y Postest entre los Grupos Subclínico y No Clínico

	PRETEST		POSTEST	
	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
CORE - Bienestar Subjetivo	992,00	,000*	4598,00	,000*
CORE - Problemas y Síntomas	241,50	,000*	4144,50	,000*
CORE - Funcionamiento	786,50	,000*	4421,50	,000*
CORE - Riesgo	4316,00	,000*	6400,00	,000*
CORE - Visibilidad	,00	,000*	3551,50	,000*
CORE- Visi-R	,00	,000*	4749,00	,000*
STAI - Estado	2932,00	,000*	5696,00	,000*
STAI - Rasgo	1523,00	,000*	3882,50	,000*
SCL-90 - Somatización	3545,00	,000*	5785,50	,000*
SCL-90 Obsesión-Compulsión	2839,50	,000*	4212,50	,000*
SCL-90 – Sensibilidad Interpersonal	2401,00	,000*	4264,00	,000*
SCL-90 - Depresión	1132,00	,000*	3618,00	,000*
SCL-90 - Ansiedad	2662,00	,000*	4863,00	,000*
SCL-90 - Hostilidad	3918,00	,000*	6470,50	,000*
SCL-90 - Ansiedad Fóbica	5327,00	,000*	6036,50	,000*
SCL-90 - Ideación Paranoide	4250,50	,000*	5395,00	,000*
SCL-90 - Psicoticismo	2345,00	,000*	4496,50	,000*
SCL-90 - Índice General Sintomático	1321,50	,000*	3865,50	,000*

* $p < ,05$

Todos los contrastes realizados revelan diferencias significativas, a un nivel de confianza del 95%, tanto en el Pretest como en el Postest, manteniendo la diferenciación de perfiles a pesar de los cambios que pudieran producirse por el paso del tiempo.

Partiendo del punto de corte que establece la variable CORE-Visi (P.Sig.:1,19 en hombres y P.Sig.:1,29 en mujeres) para distinguir entre población en situación de riesgo de la población saludable, se ha dividido el grupo Control en dos nuevas submuestras en función de las puntuaciones obtenidas en el Postest, de manera que se configuran los grupos Subclínico-Post (puntuaciones por encima del punto de corte) y No Clínico-Post

(puntuaciones por debajo del punto de corte). Los grupos resultantes quedan recogidos en la siguiente tabla:

Tabla 4.52: Distribución del Grupo Control en función del punto de corte de la variable CORE - Visibilidad en las medidas Pretest y Postest

	PRETEST		POSTEST	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No Clínico	263	78,27	300	89,28
Subclínico	73	21,73	36	10,72
Total	336	100	336	100

Así, se establece una matriz de transición de manera que podamos observar el comportamiento de los sujetos del grupo Control, y su evolución desde el momento Pretest hasta el Postest.

Tabla 4.53: Matriz de transición de los sujetos del GC desde la medida Pretest a la Postest

		No Clínico Post	Subclínico Post
No Clínico Pret	263	253	10
Subclínico Pret	73	47	26
TOTAL=336		300	36

De los 73 sujetos identificados como Subclínicos en el Pretest, 26 de ellos (un 35,61%) continúan bajo esa misma categoría en el momento Postest, constituyendo un grupo de sujetos donde parece que las variables estudiadas se cronifican con el paso del tiempo. Este grupo suponen un 7,73% de sujetos que obtendrían puntuaciones por encima del punto de corte establecido por la variable CORE-Visibilidad tanto en el Pretest como en el Postest.

El cuestionario CORE-OM también ofrece la posibilidad de clasificar a los sujetos en función de la puntuación total, a través de una escala de niveles de gravedad de los síntomas, ofreciendo los valores que pueden observarse en la siguiente figura:

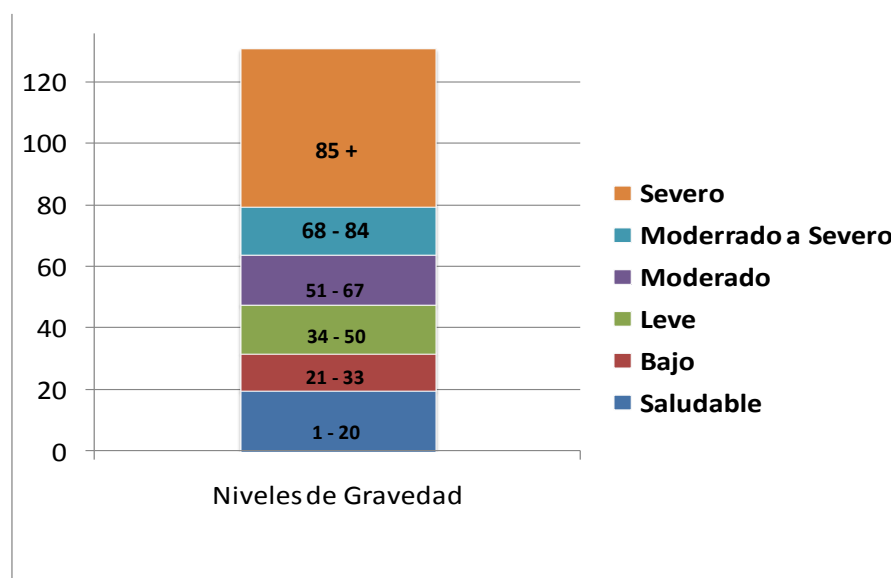


Figura 4.16: Niveles de Gravedad establecidos por el cuestionario CORE-OM

Siguiendo esta clasificación, y tomando como referencia tanto las puntuaciones Pretest como Posttest, se han establecido los siguientes grupos (ver tabla 4.54).

Tabla 4.54: Distribución del Grupo Control en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM en las medidas Pretest y Posttest

	PRETEST			POSTEST		
	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Saludable	102	30,4	30,4	141	42,0	42,0
Bajo	116	34,5	64,9	118	35,1	77,1
Leve	76	22,6	87,5	60	17,9	94,9
Moderado	36	10,7	98,2	13	3,9	98,8
Moderado a Severo	4	1,2	99,4	3	,9	99,7
Severo	2	,6	100,0	1	,3	100,0
Total	336	100,0		336	100,0	

Como puede observarse en la tabla 4.54, existe un 33,3% de sujetos que se encuentran entre los valores Leve y Moderado (22,6% y 10,7% respectivamente) en el momento del Pretest, y un 1,8% estarían en las categorías Moderado a Severo (1,2%) o Severo 0,6%). Cuando analizamos esos mismos porcentajes en el momento Posttest, se observa una reducción en las categorías Leve y Moderado (21,8%) y Moderado a Severo y Severo (1,2%). Además, el porcentaje de sujetos que pertenecen a la categoría de Saludable pasa de un 30,4% en el Pretest a un 42% en el Posttest.

Con estos resultados podemos construir otra matriz de transición entre las puntuaciones Pretest y Postest, atendiendo a los niveles de gravedad propuestos por el CORE-OM, quedando distribuidos los sujetos de la siguiente forma (ver tabla 4.55):

Tabla 4.55: Matriz de transición de los sujetos del Grupo Control desde la medida Pretest a la Postest, en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM

		POSTEST													
		Saludable		Bajo		Leve		Moderado		Mod-Sev		Severo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PRETEST	Saludable	72	70,6	25	24,5	5	4,9	-	-	-	-	-	-	102	100
	Bajo	50	43,1	51	44	14	12,1	1	0,8	-	-	-	-	116	100
	Leve	15	19,7	31	40,8	23	30,3	6	7,9	1	1,3	-	-	76	100
	Moderado	4	11,1	9	25	16	44,5	6	16,6	1	2,8	-	-	36	100
	Mod-Sev	-	-	2	50	1	25	-	-	1	25	-	-	4	100
	Severo	-	-	-	-	1	50	-	-	-	-	1	50	2	100
	Total	141		118		60		13		3		1		336	

Se ha utilizado el color verde para resaltar las probabilidades de transición en las que los sujetos pasan a un estado más saludable en términos generales, y el color rojo para las transiciones a estados donde aumenta la gravedad de los síntomas experimentados. Las probabilidades de permanecer en un mismo estado de salud se representan en color negro.

Se observa cómo existe un 29,4% de estudiantes que, partiendo de un estado saludable en el Pretest, manifiestan un incremento en la sintomatología referida presentando valores bajos (el 24,5%) y leve (el 4,9%). Un 12,9% partían de un estado bajo, y pasan a las categorías leve (12,1%) y moderado (0,8%). El mismo fenómeno ocurre con algunos de los alumnos que partían desde un estado leve, pasando el 7,9% a la categoría moderado y 1,3% a la categoría moderado-severo.

Por otro lado, se detecta una evolución estable (no cambian de categorías desde el Pretest al Postest) en un alto porcentaje de estudiantes, manteniéndose un 70,6% de los sujetos en la categoría saludable, un 44% los de la categoría bajo, un 30,3% de leves, 16,6% de moderados, 25% en moderado-severo y un 50% de los severos.

Por último, se observan transiciones de un estado a otro más saludable en un gran grupo de estudiantes, ya que el 43,1% de los sujetos incluidos en la categoría bajo en el Pretest se encuentran en un estado saludable en el Postest; de los sujetos con valores leves, el 40,8% pasan a un estado bajo y un 19,7% a un estado saludable; de los

moderados un 44,5% pasan a leves, el 25% a bajo y un 11,1% a saludable; de los sujetos que se encontraban en el estado moderado-severo un 25% pasan a la categoría leve y un 50% a bajo; y por último de los sujetos que partían de un estado severo el 50% evolucionan hasta un estado leve.

Con objeto de estudiar el comportamiento de los sujetos del grupo Control, se ha creado un modelo de Markov tomando como estados los seis niveles establecido por el CORE-OM (saludable, bajo, leve, moderado, moderado-severo y severo), estableciéndose las probabilidades de transición entre los distintos estados o niveles de severidad de los alumnos del Pretest al Postest. Al final del ciclo, los estudiantes pueden permanecer en un estado o trasladarse a otro (ver figura 4.17).

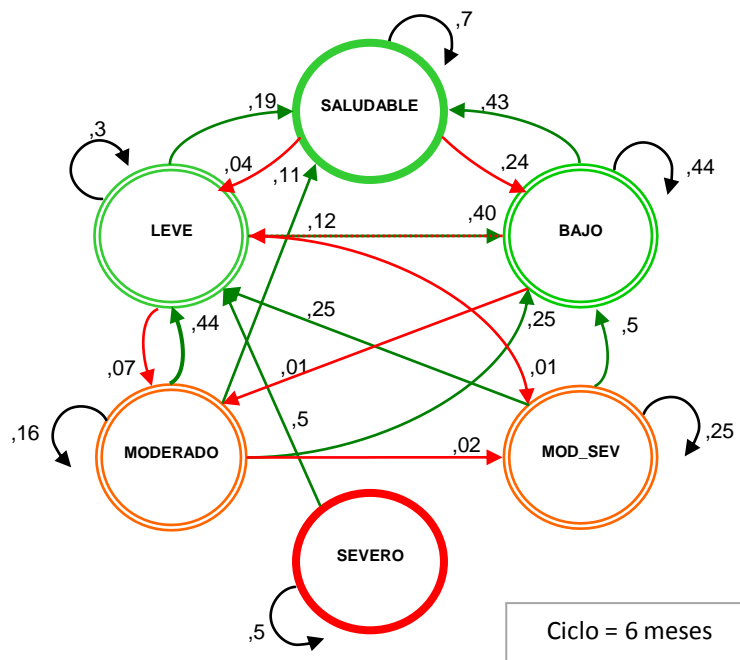


Figura 4.17: Representación gráfica del Modelo de Markov creado a partir de los sujetos del grupo Control

Con esta hipótesis pretendemos saber si las dimensiones consideradas dentro del concepto de sintomatología clínica (CORE-OM, STAI-E/R, SCL-90), se mantienen constantes en los estudiantes universitarios del Grupo Control a lo largo de su permanencia en la universidad. Para comprobarlo, se han comparado las puntuaciones obtenidas en el momento Pretest con las puntuaciones del Postest, de manera que se pueda conocer el alcance de su evolución en el tiempo.

Teniendo en cuenta el Grupo Control en su totalidad se ha detectado un descenso considerable en todas las escalas que ofrecen el CORE-OM, STAI-E/R, SCL-90. Mediante un contraste de hipótesis para muestras relacionadas se demuestra cómo el descenso de esas puntuaciones es significativo en la mayoría de variables, con la excepción de STAI-Estado (Signos: ,138; $p < ,05$) y SCL-90-Hostilidad (Wilcoxon: ,015 y Signos: ,078; $p < ,05$), en donde existe un mayor número de sujetos que mantienen o incrementan sus puntuaciones.

Cuando se analizan estas diferencias a nivel del grupo Subclínico, el descenso de puntuaciones en el Posttest respecto al Pretest son significativas en todas las variables, pero en el grupo No Clínico se pierde esa significación en las variables CORE-Bienestar Subjetivo (Wilcoxon: ,611; Signos: 89; $p < ,05$), CORE-Funcionamiento (Wilcoxon: ,744; Signos: ,196; $p < ,05$), CORE-Riesgo (Wilcoxon: ,428; Signos: ,246; $p < ,05$), CORE-Visi-R (Wilcoxon: ,357; Signos: ,661; $p < ,05$), STAI-Estado (Wilcoxon: ,816; Signos: ,796; $p < ,05$) y SCL90-Hostilidad (Wilcoxon: ,615; Signos: 1,0; $p < ,05$).

Por tanto, rechazamos la hipótesis de la estabilidad en las variables clínicas, obteniéndose puntuaciones superiores en el momento Pretest.

A pesar del descenso generalizado en las puntuaciones Posttest del Grupo Control, el grupo Subclínico sigue manteniendo un perfil diferenciador respecto al grupo No Clínico, ya que el contraste de hipótesis de muestras independientes realizado con las puntuaciones Posttest siguen siendo significativas en la totalidad de las variables estudiadas (prueba U de Mann-Whitney. Sig: ,000; $p < ,05$ en todas las variables). Se observa que el paso del tiempo tiende a minimizar las puntuaciones en la mayoría de los casos, si bien la diferencia de perfiles se mantiene constante.

Partiendo del punto de corte que establece la variable CORE-Visi (P.Sig.:1,19 en hombres y P.Sig.:1,29 en mujeres) para distinguir entre población en situación de riesgo de la población saludable, se ha dividido el grupo Control en dos nuevas submuestras en función de las puntuaciones obtenidas en el Posttest, de manera que se configuran los grupos Subclínico-Post (puntuaciones por encima del punto de corte) y No Clínico-Post (puntuaciones por debajo del punto de corte). Al comparar las dos medidas, se ha encontrado una disminución en el número de sujetos que se consideran en riesgo desde el Pretest al Posttest (pasando del 21,73% del total de la muestra control al 10,72%),

detectándose que un 35,6% de sujetos incluidos en el grupo Subclínico en el momento Pretest que repiten esa condición en el momento Posttest. Esta cifra supone un 7,73% de la muestra total, lo que representa un porcentaje considerable de sujetos en donde se cronifican los posibles problemas psicológicos detectados en las pruebas.

Con las puntuaciones totales del CORE-OM se establecen 6 niveles de severidad donde poder situar a los sujetos evaluados (saludable, bajo, leve, moderado, moderado-severo y severo), y al contar con dos medidas temporales se ha diseñado un modelo que logra predecir la evolución de un estudiante en función del nivel que puntúe en el momento Pretest. Así encontramos un 15,77% de sujetos que empeoran su estado de salud del Pretest al Posttest, un 45,83% de la muestra que se mantiene en el mismo nivel y un 38,4% que ven mejorar su estado de salud. El Modelo de Markov generado nos muestra a un grupo de estudiantes cuya evolución a nivel de las variables descritas puede conllevar problemas psicológicos a largo plazo.,

El comienzo del periodo universitario se ha descrito como un tiempo en la vida del estudiante susceptible de exacerbar o incrementar niveles de estrés, ansiedad o estados emocionales negativos (Bachrach & Read, 2012; Busseri et al., 2011; Chow, 2010; Cooke, Bewick, Barkham, Bradley, & Audin, 2006; García-Ros et al., 2012; Morton, Mergler, & Boman, 2013; Topham & Moller, 2011), que se corrigen a niveles más estables con el paso del tiempo. Los programas de acogida han demostrado ser una muy buena estrategia para ayudar a los estudiantes en su entrada al contexto universitario (Arco & Fernández, 2011; Fernández & Arco, 2011; José & Aller, 2008), minimizando las posibles consecuencias de una mala adaptación a largo plazo.

Hipótesis 6: El Nivel de Adaptación experimentado por los estudiantes del grupo Subclínico será diferente (presumiblemente menor) que el nivel de Adaptación experimentado por los estudiantes del grupo No Clínico.

Para evaluar el nivel de adaptación al contexto universitario de los estudiantes del grupo Control, al comienzo del segundo semestre se hizo una pregunta donde el alumnado debía indicar cómo valoraría su nivel de adaptación en una escala tipo likert de 1 a 7, acompañada de una escala cualitativa equivalente, cuyos valores serían 1-muy mala, 2-mala, 3-regular, 4-normal, 5-buena, 6-muy buena y 7-excelente. A continuación puede verse un ejemplo de cómo era presentada esta pregunta a los participantes:

¿Cómo valorarías tu adaptación al entorno universitario? Rodea con un círculo la alternativa que mejor se ajuste a tu situación.

1	2	3	4	5	6	7
Muy Mala	Mala	Regular	Normal	Buena	Muy Buena	Excelente

Al analizar los estadísticos descriptivos del Nivel de Adaptación (ver tabla 4.56), al comparar los grupos Subclínico y No Clínico vemos como los primeros obtienen puntuaciones medias inferiores (Media=4,86) respecto a los segundos (D.T.=5,22).

Tabla 4.56: Estadísticos descriptivos del Nivel de Adaptación teniendo en cuenta los grupos Subclínico, No Clínico y Control

Grupo		N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
Nivel de Adaptación	Subclínico	73	4	3	7	4,86	,990
	No Clínico	263	5	2	7	5,22	,942
	Total (Control)	336	5	2	7	5,14	,963

Prestando atención a la distribución del grupo Control según los Niveles de Adaptación (ver tabla 4.57), se observa un alto porcentaje de alumnos que refieren una adaptación excelente (5,1%), muy buena (32,7%) o buena (39%), lo que suponen un 76,8% del total.

Tabla 4.57: Frecuencias y porcentajes del Nivel de adaptación en el grupo Control

		Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Nivel del Adaptación	Excelente	17	5,1	5,1
	Muy Bueno	110	32,7	37,8
	Bueno	131	39,0	76,8
	Normal	61	18,2	94,9
	Regular	15	4,5	99,4
	Malo	2	,6	100,0
	Muy Malo	0	0	-
	Total	336	100,0	

El 18,2% califican de normal su nivel de adaptación, un 4,5% piensa que es regular y sólo un 0,6% lo califican como malo. Ningún alumno ha elegido la opción *muy malo* para referirse al modo en que se ha adaptado al contexto universitario.

Realizando el mismo análisis, y teniendo en cuenta la distinción entre los grupos Subclínico Y No Clínico, se observan ciertas diferencias en los perfiles encontrados (ver tabla 4.58). En el grupo Subclínico existe un menor porcentaje de sujetos que se incluyen en las categorías excelente (2,7%), muy bueno (27,4%) o bueno (30,1%), frente al grupo No Clínico, con un 5,7%; 34,2% y 41,4% respectivamente. Por el contrario, el porcentaje de sujetos que refieren una adaptación normal o regular (32,9% y 6,8%) es mayor en los sujetos del grupo Subclínico frente a los No Clínicos, con 14,1% y 3,8%.

Tabla 4.58: Frecuencias y % del Nivel de Adaptación en los grupos Subclínico y No Clínico

	Grupo Subclínico			Grupo No Clínico		
	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
Excelente	2	2,7	2,7	15	5,7	5,7
Muy Bueno	20	27,4	30,1	90	34,2	39,9
Bueno	22	30,1	60,3	109	41,4	81,4
Normal	24	32,9	93,2	37	14,1	95,4
Regular	5	6,8	100,0	10	3,8	99,2
Malo	0	0		2	,8	100,0
Muy Malo	0	0		0	0	
Total	73	100,0		263	100,0	

La siguiente gráfica (ver figura 4.18) muestra cómo los perfiles de los grupos Subclínico y No Clínico presentan determinadas diferencias en la distribución de sus respectivos sujetos.

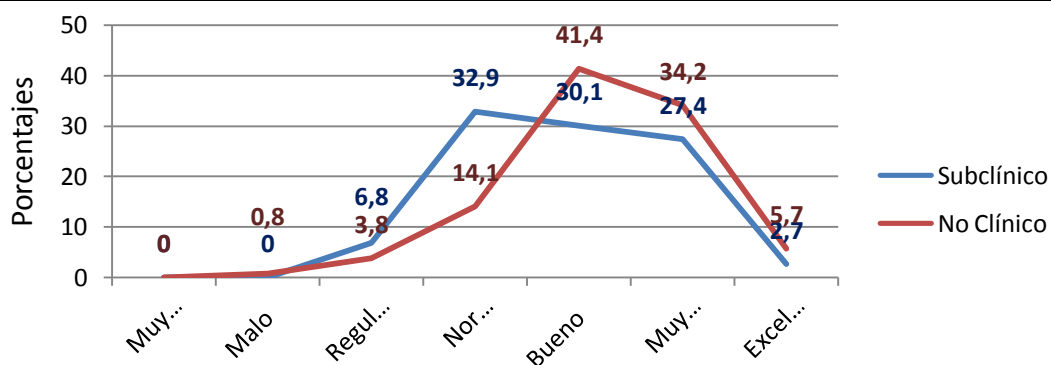


Figura 4.18: Perfiles de los sujetos de los grupos Subclínico y No Clínico en función de los porcentajes obtenidos en los diferentes Niveles de Adaptación

Una vez constatadas ciertas diferencias en los resultados obtenidos por los diferentes grupos, se hace necesario conocer el alcance de las mismas. Para ello se realiza un contraste de hipótesis para muestras independientes bajo pruebas no paramétricas, estableciendo el nivel de significación ($p < .05$) de las diferencias encontradas.

Tabla 4.59: Estadísticos de contraste en muestras independientes para el Nivel de Adaptación entre los grupos Subclínico y No Clínico

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Nivel de Adaptación	7615,0	10316,0	-2,850	,004*

* $p < .05$

La tabla 4.59 ofrece el resultado del contraste de hipótesis realizado, mostrando una diferencia significativa ($.004$; $p < .05$) en los Niveles de Adaptación obtenidos por los grupos Subclínico y No Clínico.

Al llevar a cabo los estadísticos descriptivos en los grupos Subclínico y No Clínico se observa una puntuación media superior en el segundo grupo, encontrándose también diferencias al analizar los porcentajes de las respuestas dadas (con un mayor porcentaje de valoraciones positivas en el grupo No Clínico). El contraste de hipótesis ratifica la diferenciación de perfiles entre estos dos grupos (Z : $-2,850$; Sig.: $.004$; $p < .05$), confirmándose la hipótesis inicial.

Los problemas adaptativos se relacionan con la aparición de problemas emocionales y/o comportamentales (APA, 2002), aspecto que se constata con nuestros resultados ya que el grupo Subclínico, caracterizado por tener puntuaciones elevadas en los niveles de gravedad a nivel psicológico, obtienen puntuaciones inferiores en el nivel de adaptación respecto a los sujetos del grupo No Clínico.

Hipótesis 7: El Nivel de Adaptación experimentado por los estudiantes del grupo Control está relacionado con las variables clínicas, los rasgos de personalidad y/o los resultados académicos obtenidos.

Para comprobar esta hipótesis se realizan estudios de correlación entre los Niveles de Adaptación y otras variables analizadas, como los indicadores del rendimiento académico (Nota de Admisión al Título y Tasas de Rendimiento Pretest y Postest), rasgos de personalidad (puntuaciones en NEO-FFI) y variables clínicas (puntuaciones en CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90 en Pretest y Postest).

Tabla 4.60: Correlaciones de Spearman entre el Nivel de Adaptación y las puntuaciones del cuestionario NEO-FFI, Nota de Admisión al Título y Tasas de Rendimiento Pretest y Postest en el grupo Control

	NEO-FFI Neurotic.	NEO-FFI Extraver.	NEO-FFI Apertura	NEO-FFI Amabil.	NEO-FFI Respons.	Nota Admisión	T.R. Pretest	T.R. Postest
Nivel de Adaptación	-,224**	,245**	,091	,127*	,217**	,112*	,274**	,125*

*La correlación es significativa a un nivel 0,05 (bilateral)

**La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

Tabla 4.61: Correlaciones de Spearman entre el Nivel de Adaptación y las puntuaciones Pretest Y Postest de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90 en el grupo Control

	PRETEST								
	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI-E	STAI-R	SCL90 Som.
Nivel de Adaptación	-,179**	-,184**	-,249**	-,123*	-,223**	-,224**	-,232**	-,189**	-,106
	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host.	SCL90 A.Fób.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
Nivel de Adaptación	-,189**	-,210**	-,156**	-,144**	-,059	-,119*	-,115*	-,189**	-,168**
	POSTEST								
	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI-E	STAI-R	SCL90 Som.
Nivel de Adaptación	-,318**	-,222**	-,366**	-,028	-,323**	-,275**	-,309**	-,255**	-,085
	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host.	SCL90 A.Fób.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
Nivel de Adaptación	-,218**	-,260**	-,192**	-,127*	-,122*	-,202**	-,203**	-,160**	-,226**

*La correlación es significativa a un nivel 0,05 (bilateral)

**La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

Atendiendo a los resultados recogidos en el grupo Control (ver tablas 4.60 y 4.61), se observa como el Nivel de Adaptación correlaciona de forma negativa con la variable Neuroticismo (-,224; $p < ,01$) y de forma positiva con el resto de rasgos de personalidad (excepto Apertura), siendo la Extroversión la que consigue puntuaciones más elevadas (,245; $p < ,01$). En esta línea, varios estudios (Brush & Haase, 2004; Joshanloo &

Nosratabadi, 2009) señalan la relación entre rasgos de personalidad y el estado de salud mental, y su influencia en éste.

También son significativas las correlaciones positivas obtenidas con la Nota de Admisión (,112; $p<,05$), la Tasa de Rendimiento Pretest (,274; $p<,01$) y Postest (,125; $p<,05$).

Respecto a las variables clínicas, se detectan relaciones negativas significativas con todas ellas, exceptuando las variables SCL90-Somatización y SCL90-Hostilidad Pretest, y las variables CORE-Riesgo y SCL90-Somatización Postest.

Parece haber una fuerte relación entre el nivel de adaptación experimentado por los alumnos del grupo Control y las variables estudiadas.

Resulta interesante analizar las correlaciones atendiendo a la distinción entre sujetos Subclínicos y No Clínicos. Como se observa en las tablas siguientes (tablas 4.62 y 4.63), en el grupo Subclínico apenas se detectan relaciones significativas con la variable Extraversión (,262; $p<,05$), Tasa de Rendimiento Pretest (,277; $p<,05$), CORE-Riesgo Postest (,256; $p<,05$) y SCL90-Ansiedad Fóbica Postest (,252; $p<,05$).

Tabla 4.62: Correlaciones de Spearman entre el Nivel de Adaptación y las puntuaciones Pretest y Postest de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90 en el grupo Subclínico

	PRETEST								
	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI-E	STAI-R	SCL90 Som.
Nivel de Adaptación	-,169	-,014	-,097	,023	-,086	-,110	-,214	-,083	,064
	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host.	SCL90 A.Fób.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
Nivel de Adaptación	,051	-,146	-,073	,028	,178	-,070	,019	-,024	,006
	POSTEST								
	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI-E	STAI-R	SCL90 Som.
Nivel de Adaptación	-,186	-,023	-,217	,256*	-,110	-,166	-,201	-,158	,014
	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host.	SCL90 A.Fób.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
Nivel de Adaptación	-,135	-,226	-,174	-,092	,118	-,252*	-,067	-,165	-,118

*La correlación es significativa a un nivel 0,05 (bilateral)

Tabla 4.63: Correlaciones de Spearman entre el Nivel de Adaptación y las puntuaciones del cuestionario NEO-FFI, Nota de Admisión al Título y Tasas de Rendimiento Pretest y Postest en el grupo Subclínico

	NEO-FFI Neurotic.	NEO-FFI Extraver.	NEO-FFI Apertura	NEO-FFI Amabil.	NEO-FFI Respons.	Nota Admisión	T.R. Pretest	T.R. Postest
Nivel de Adaptación	-,096	,262*	,170	-,006	,176	,053	,277*	,081

*La correlación es significativa a un nivel 0,05 (bilateral)

Sin embargo, en el grupo No Clínico aparece un mayor número de relaciones significativas (tablas 4.64 y 4.65), mostrando unas puntuaciones que aparentemente están más conectadas entre sí que en los sujetos del grupo Subclínico.

Tabla 4.64: Correlaciones de Spearman entre el Nivel de Adaptación y las puntuaciones del cuestionario NEO-FFI, Nota de Admisión al Título y Tasas de Rendimiento Pretest y Postest en el grupo No Clínico

	NEO-FFI Neurotic.	NEO-FFI Extraver.	NEO-FFI Apertura	NEO-FFI Amabil.	NEO-FFI Respons.	Nota Admisión	T.R. Pretest	T.R. Postest
Nivel de Adaptación	-,184**	,211**	,066	,123*	,187**	,122*	,258**	,151*

*La correlación es significativa a un nivel 0,05 (bilateral)

**La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

Tabla 4.65: Correlaciones de Spearman entre el Nivel de Adaptación y las puntuaciones Pretest y Postest de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL-90 en el grupo No Clínico

	PRETEST								
	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI-E	STAI-R	SCL90 Som.
Nivel de Adaptación	-,108	-,133*	-,229**	-,092	-,184**	-,183**	-,176**	-,147*	-,080
	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host.	SCL90 A.Fób.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
Nivel de Adaptación	-,153*	-,146*	-,079	-,093	-,047	-,087	-,094	-,152*	-,119
	POSTEST								
	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI-E	STAI-R	SCL90 Som.
Nivel de Adaptación	-,312**	-,236**	-,390**	-,075	-,347**	-,270**	-,298**	-,234**	-,079
	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host.	SCL90 A.Fób.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
Nivel de Adaptación	-,191**	-,214**	-,135*	-,081	-,148*	-,129*	-,201**	-,104	-,204**

*La correlación es significativa a un nivel 0,05 (bilateral)

**La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

Con esta última hipótesis queremos conocer si el nivel de adaptación experimentado por los estudiantes del grupo Control está relacionado con las variables clínicas, los rasgos de personalidad y/o los resultados académicos obtenidos. Para ello se han realizado correlaciones de Spearman entre el nivel de adaptación y las puntuaciones pretest y

postest de los instrumentos NEO-FFI, CORE-OM, STAI-E/R, SCL-90, y las variables Nota de Admisión y Tasas de Rendimiento Pretest y Postest.

El primer análisis efectuado al Grupo Control al completo revelan numerosas relaciones significativas, negativas en el caso de las escalas clínicas y la variable Neuroticismo del NEO-FFI, y positivas con el resto de rasgos de personalidad y variables académicas. Parece clara la conexión entre la adaptación al entorno universitario y la sintomatología evaluada, donde además hay una mejor adaptación en la medida que se tienen puntuaciones bajas en el rasgo de personalidad Neuroticismo (Sig.: -,242; $p<,01$), y altas en los rasgos Extraversión (Sig.: ,245; $p<,01$), Amabilidad (Sig.: ,127; $p<,01$) y Responsabilidad (Sig.: ,217; $p<,05$).

Esta mejor adaptación también obtiene correlaciones positivas significativas con las medidas en la tasa de rendimiento pretest (Sig.: ,274; $p<,05$), postest (Sig.: ,125; $p<,01$) y la nota de admisión (Sig.: ,112; $p<,01$), por lo que se detecta igualmente un vínculo con la actividad académica de los estudiantes (Jamelske, 2009).

En varias investigaciones se ha identificado el primer año en la universidad como el periodo más vulnerable para los estudiantes, donde los problemas de adaptación se relacionan con problemas de estrés (Carreras & Fernández-Castro, 1998; Clinciu, 2013; Tchen, Carter, Gibbons, & McLaughlin, 2001) o depresión (Dyson & Renk, 2006). Por otro lado, se han identificado el optimismo, el apoyo social o los niveles de autoeficacia como variables protectoras que potencian una mejor adaptación al entorno universitario.

Los resultados ofrecidos recogen variables individuales y sociales descritas como factores de riesgo relacionadas con la salud mental, tal y como se describían en el modelo sobre determinantes y consecuencias en salud (OMS, 2008).

Hipótesis 8: Los estudiantes universitarios usuarios del SAP (grupo Experimental) experimentarán una reducción significativa en los valores de las dimensiones de la sintomatología clínica como consecuencia del proceso de intervención psicológica.

Queremos conocer el impacto de la atención ofrecida desde el SAP en los sujetos del grupo Experimental (o Clínico). Para ello, se realizan análisis descriptivos de las escalas clínicas evaluadas (CORE-OM, STAI E/R y SCL90) en los momentos pretest y posttest.

Tabla 4.66: Estadísticos descriptivos de las escalas clínicas Pretest y Posttest en el GE

	PRETEST				POSTEST			
	Mín.	Máx.	Media	D.T.	Mín.	Máx.	Media	D.T.
CORE - Bienestar Subjetivo	1	16	9,33	3,235	0	13	5,37	3,295
CORE - Problemas y Síntomas	7	43	23,23	8,890	0	37	11,88	8,686
CORE - Funcionamiento	3	38	18,67	7,921	1	31	11,60	7,725
CORE - Riesgo	0	16	2,14	3,441	0	10	1,07	2,040
CORE - Visibilidad	14	103	53,37	19,409	1	86	29,93	20,270
CORE - Visi-R	14	94	51,23	17,600	1	81	28,91	18,923
STAI - Estado	4	56	29,58	12,368	0	40	16,47	10,166
STAI - Rasgo	14	54	34,42	10,280	1	49	22,40	12,018
SCL90 - Somatización	0	37	13,16	8,682	0	34	6,44	6,053
SCL90 - Obsesión-Compulsión	7	37	18,74	7,313	0	27	8,91	5,911
SCL90 - Sensibilidad Interpersonal	1	26	12,33	7,419	0	23	5,95	5,992
SCL90 - Depresión	4	43	22,30	9,709	2	40	10,33	9,154
SCL90 - Ansiedad	0	33	12,93	8,356	0	23	5,77	5,740
SCL90 - Hostilidad	0	19	4,91	4,116	0	17	2,77	3,689
SCL90 - Ansiedad Fóbica	0	19	4,23	4,253	0	12	1,72	2,702
SCL90 - Ideación Paranoide	0	16	7,14	4,212	0	14	3,60	3,639
SCL90 - Psicoticismo	0	22	9,02	5,747	0	23	4,12	5,095
SCL90 - I.G.S.	44	218	113,44	49,204	3	214	54,07	44,259

Tal y como se observa en la tabla anterior (tabla 4.66), en todas las variables clínicas se produce un descenso en las puntuaciones medias desde la medida Pretest a la Posttest.

Parece claro que se ha reducido la experiencia subjetiva de los síntomas asociados con las variables evaluadas en los alumnos atendidos en el SAP, tras recibir las pautas de asesoramiento. Queriendo analizar el nivel de significación de esa reducción en las puntuaciones, se realiza un contraste de hipótesis para muestras relacionadas bajo pruebas no paramétricas (tabla 4.67).

Tabla 4.67: Estadísticos de contraste para muestras relacionadas (Pretest-Posttest) en el GE.

		N	%	Rango promedio	Suma de rangos	Wilcoxon		Signos	
						Z	Sig.Asint (bilat.)	Z	Sig.Asint (bilat.)
CORE	Rangos -	40	93	22,40	896,00				
Bienestar	Rangos +	2	4,6	3,50	7,00	-5,573	,000*	-5,709	,000*
Subjetivo	Empates	1	2,4						
CORE	Rangos -	40	93	22,33	893,00				
Problemas y	Rangos +	2	4,6	5,00	10,00	-5,522	,000*	-5,709	,000*
Síntomas	Empates	1	2,4						
CORE	Rangos -	35	81,4	22,27	779,50				
Funcionamiento	Rangos +	6	14	13,58	81,50	-4,526	,000*	-4,373	,000*
	Empates	2	4,6						
CORE	Rangos -	18	41,9	11,61	209,00				
Riesgo	Rangos +	4	9,3	11,00	44,00	-2,705	,007*		**
	Empates	21	48,8						
CORE	Rangos -	39	90,7	23,79	928,00				
Visibilidad	Rangos +	4	9,3	4,50	18,00	-5,495	,000*	-5,185	,000*
	Empates	0	0						
CORE	Rangos -	39	90,6	22,82	890,00				
Visi-R	Rangos +	3	7	4,33	13,00	-5,484	,000*	-5,401	,000*
	Empates	1	2,4						
STAI	Rangos -	39	90,6	22,51	878,00				
Estado	Rangos +	3	7	8,33	25,00	-5,335	,000*	-5,401	,000*
	Empates	1	2,4						
STAI	Rangos -	39	90,7	22,76	887,50				
Rasgo	Rangos +	4	9,3	14,63	58,50	-5,007	,000*	-5,185	,000*
	Empates	0	0						
SCL-90	Rangos -	33	76,8	21,29	702,50				
Somatización	Rangos +	5	11,6	7,70	38,50	-4,821	,000*	-4,380	,000*
	Empates	5	11,6						
SCL-90	Rangos -	39	90,8	21,97	857,00				
Obsesión-	Rangos +	2	4,6	2,00	4,00	-5,532	,000*	-5,622	,000*
Compulsión	Empates	2	4,6						
SCL-90	Rangos -	38	88,3	23,11	878,00				
Sensibilidad	Rangos +	4	9,3	6,25	25,00	-5,341	,000*	-5,092	,000*
Interpersonal	Empates	1	2,4						
SCL-90	Rangos -	37	86	23,18	857,50				
Depresión	Rangos +	5	11,6	9,10	45,50	-5,079	,000*	-4,783	,000*
	Empates	1	2,4						
SCL-90	Rangos -	38	88,3	22,99	873,50				
Ansiedad	Rangos +	4	9,3	7,38	29,50	-5,284	,000*	-5,092	,000*
	Empates	1	2,4						
SCL-90	Rangos -	31	72,1	19,74	612,00				
Hostilidad	Rangos +	7	16,3	18,43	129,00	-3,519	,000*	-3,731	,000*
	Empates	5	11,6						
SCL-90	Rangos -	30	69,8	18,88	566,50				
Ansiedad Fóbica	Rangos +	5	11,6	12,70	63,50	-4,143	,000*	-4,057	,000*
	Empates	8	18,6						
SCL-90	Rangos -	33	76,8	20,18	666,00				
Ideación Paranoide	Rangos +	4	9,3	9,25	37,00	-4,761	,000*	-4,603	,000*
	Empates	6	13,9						
SCL-90	Rangos -	35	81,4	21,86	765,00				
Psicoticismo	Rangos +	5	11,6	11,00	55,00	-4,778	,000*	-4,585	,000*
	Empates	3	7						
SCL-90	Rangos -	40	93	23,40	936,00				
Índice General	Rangos +	3	7	3,33	10,00	-5,592	,000*	-5,490	,000*
Sintomático	Empates	0	0						

* p<,05 ** Sig. exacta - bilateral: ,004 (se ha usado la distribución binomial)

Los resultados del análisis indican que las diferencias detectadas entre las puntuaciones antes y después del asesoramiento en el SAP son significativas en el 100% de las variables estudiadas.

Podemos comparar las puntuaciones entre los grupos Experimental y Control, tanto en el Pretest como en el Posttest, de manera que se puedan ver las diferencias entre los dos grupos en los dos momentos temporales. Para ello, se realizan sendos contraste de hipótesis para muestras independientes entre los grupos Experimental y Control con las puntuaciones Pretest y Posttest (ver tabla 4.68).

Tabla 4.68: Estadísticos de contraste para muestras independientes entre los grupos Experimental y Control en las puntuaciones Pretest y Posttest

	PRETEST		POSTEST	
	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
CORE - Bienestar Subjetivo	3050,000	,000*	6839,000	,567
CORE - Problemas y Síntomas	2947,000	,000*	6925,000	,658
CORE - Funcionamiento	2747,000	,000*	6039,000	,079
CORE - Riesgo	5516,000	,005*	6652,500	,303
CORE - Visibilidad	2482,500	,000*	6621,000	,372
CORE - Visi-R	2460,500	,000*	7151,500	,915
STAI - Estado	2304,000	,000*	6221,000	,138
STAI - Rasgo	2432,500	,000*	5821,500	,038*
SCL90 - Somatización	4378,000	,000*	6827,500	,557
SCL90 - Obsesión-Compulsión	1726,500	,000*	5219,500	,003*
SCL90 - Sensibilidad Interpersonal	3770,000	,000*	7006,500	,747
SCL90 - Depresión	2149,000	,000*	6192,500	,126
SCL90 - Ansiedad	3006,000	,000*	5681,000	,022*
SCL90 - Hostilidad	4314,500	,000*	7194,500	,964
SCL90 - Ansiedad Fóbica	4310,000	,000*	6618,500	,323
SCL90 - Ideación Paranoide	4196,500	,000*	7103,500	,857
SCL90 - Psicoticismo	2728,000	,000*	5006,000	,001*
SCL90 - Índice General Sintomático	2192,000	,000*	6042,500	,081

*p < ,05

Cuando analizamos las puntuaciones Pretest en los grupos Experimental y Control, las diferencias son significativas a un nivel de confianza del 95% en el total de las variables estudiadas. Sin embargo, cuando analizamos dichas diferencias en el momento posttest, se pierden una gran cantidad de relaciones significativas, con la excepción de las

variables STAI-Rasgo ($,038$; $p<,05$), SCL90 Obsesión-Compulsión ($,003$; $p<,05$), SCL90 Ansiedad ($,022$; $p<,05$) y SCL90 Psicoticismo ($,001$; $p<,05$).

La figura 4.19 presenta los perfiles basados en las puntuaciones medias de las principales escalas clínicas de los grupos Experimental y Control, tanto en el Pretest como en el Postest. Se observa como los perfiles en el momento Pretest difieren entre sí, pero al analizar la gráfica del Postest los perfiles tienden a solaparse.

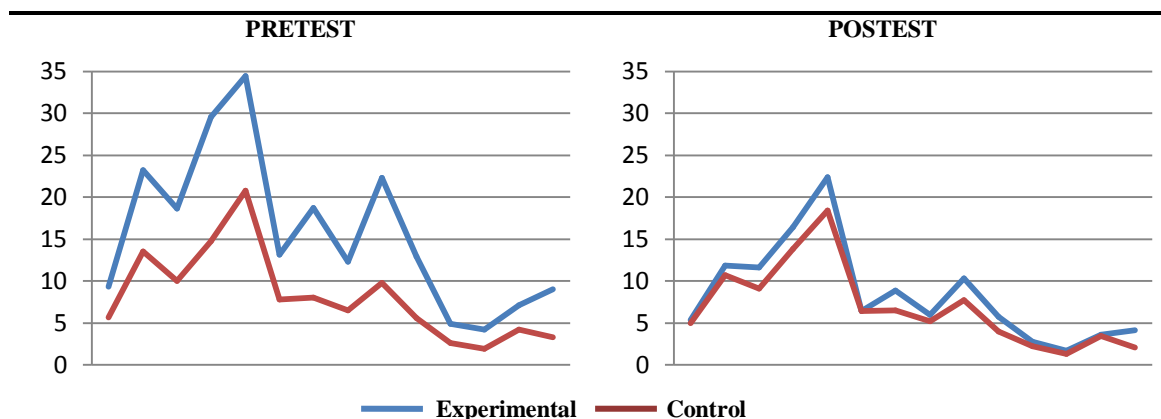


Figura 4.19: Perfiles basados en las puntuaciones medias de las principales escalas clínicas de los grupos Experimental y Control en el Pretest y Postest.

Sabemos que existe un grupo de estudiantes dentro del grupo Control que tienden a solaparse o confundirse con los sujetos del grupo Experimental o Clínico, ya que sus perfiles Pretest en las escalas clínicas son similares. Dicho grupo, llamado Subclínico, puede ser un grupo interesante con el que comparar los resultados del grupo Clínico, tanto en el Pretest como en el Postest. De esta manera podremos saber si los cambios producidos en el grupo Experimental son fruto del asesoramiento ofrecido en el SAP, o pueden ser similares a los producidos por el mero paso del tiempo.

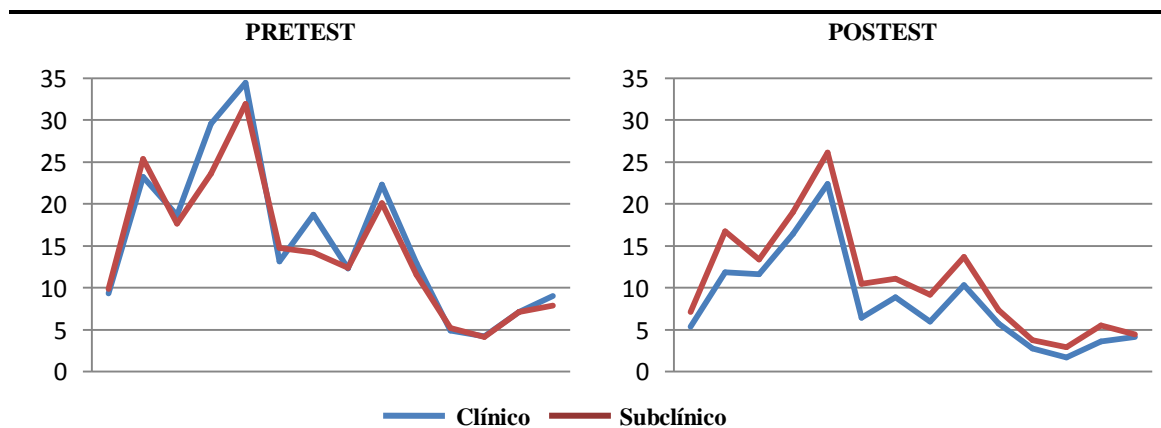


Figura 4.20: Perfiles basados en las puntuaciones medias de las principales escalas clínicas de los grupos Clínico y Subclínico en el Pretest y Postest.

Respecto a los perfiles representados en la figura 4.20, resulta interesante observar cómo, a pesar de la disminución en las puntuaciones medias observadas en el grupo Subclínico en el Postest, el grupo Clínico presenta un mayor descenso en esas mismas puntuaciones.

Tabla 4.69: Estadísticos de contraste para muestras independientes entre los grupos Clínico y Subclínico en las puntuaciones Pretest y Postest

	PRETEST		POSTEST	
	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
CORE - Bienestar Subjetivo	1420,500	,390	1073,000	,004*
CORE - Problemas y Síntomas	1165,000	,020*	1027,000	,002*
CORE - Funcionamiento	1418,000	,385	1255,000	,072
CORE - Riesgo	1332,500	,165	1332,000	,140
CORE - Visibilidad	1331,500	,173	1098,500	,007*
CORE - Visi-R	1379,000	,276	1021,000	,002*
STAI - Estado	1114,000	,009*	1351,500	,212
STAI - Rasgo	1302,000	,126	1218,500	,045*
SCL90 - Somatización	1402,000	,338	1114,500	,009*
SCL90 - Obsesión-Compulsión	1032,000	,002*	1261,000	,077
SCL90 - Sensibilidad Interpersonal	1497,500	,680	965,500	,001*
SCL90 - Depresión	1378,500	,275	1058,500	,003*
SCL90 - Ansiedad	1453,000	,505	1265,000	,081
SCL90 - Hostilidad	1478,000	,599	1211,000	,038*
SCL90 - Ansiedad Fóbica	1516,000	,758	1257,000	,063
SCL90 - Ideación Paranoide	1566,000	,984	1037,500	,002*
SCL90 - Psicoticismo	1420,500	,393	1373,000	,258
SCL90 - Índice General Sintomático	1522,000	,786	1057,500	,003*

*p < .05

Analizando las diferencias entre los grupos Clínico y Subclínico en el Pretest (tabla 4.69) sólo se observan puntuaciones significativas al enfrentar las puntuaciones de las variables CORE-Problemas y Síntomas (,020; p<,05), STAI-Estado (,009; p<,05) y SCL90 Obsesión-Compulsión (,002; p<,05). En cambio, al analizar las diferencias detectadas en el Postest se detectan niveles significativos en 11 de las 18 variables estudiadas: CORE-Bienestar Subjetivo (,004; p<,05), CORE-Problemas y Síntomas (,002; p<,05), CORE-Visibilidad (,007; p<,05), CORE-Visi-R (,002; p<,05), STAI-Rasgo (,045; p<,05), SCL90-Somatización (,009; p<,05), SCL90-Sensibilidad Interpersonal (,001; p<,05), SCL90-Depresión (,003; p<,05), SCL90-Hostilidad (,038;

$p < ,05$), SCL90-Ideación Paranoide ($,002$; $p < ,05$) y SCL90-Índice General Sintomático ($,003$; $p < ,05$).

Es decir, las similitudes encontradas en el momento Pretest entre los grupos Clínico y Subclínico se pierden en gran parte cuando comparamos esas mismas puntuaciones en el momento Posttest.

Con los resultados obtenidos hasta ahora, podemos confirmar que los estudiantes que son atendidos en el SAP reducen significativamente sus puntuaciones en las variables clínicas respecto a las puntuaciones obtenidas al inicio del asesoramiento. Además, los valores obtenidos en el Posttest los equiparan a los sujetos del grupo Control, y los sitúan con niveles inferiores a los presentados por los alumnos del grupo Subclínico.

Queremos conocer cómo se produce esa reducción en los síntomas experimentados por los alumnos atendidos en el SAP. Para ello podemos observar cómo se comportan los sujetos, en función de los niveles de gravedad que ofrece el cuestionario CORE-OM, analizando el estado en el que se encuentran antes y después del asesoramiento.

En situaciones en la que los parámetros de los procesos de decisión están afectados por decisiones previas, o por variables externas de carácter cronológicamente dinámico, son de gran utilidad los modelos de Markov. Esta aplicación, es el punto de partida para diseñar un modelo de procesos que implican conductas o elecciones personales a lo largo de un espacio de tiempo. Permite realizar un análisis de predicción al tiempo que uno de estructura interna. Las matrices de transición se han revelado como instrumentos valiosos en el estudio de la conducta, porque respetan su propia dinamicidad sin reducirla a una visión discreta de un suceso que es esencialmente temporal; pero, además, permiten predecir, mediante cadenas probabilísticas, la transición de una fase a otra dentro de una secuencia, y anticipar el estado más probable en que un sujeto va a ser observado cuando tal proceso alcanza su estacionalidad o equilibrio.

Los modelos de Markov, son estructuras analíticas que representan un estado en un conjunto de posibles estados de salud mutuamente excluyentes y colectivamente exhaustivos relacionados entre sí por probabilidades de transición y a través de los cuales una persona o una cohorte puede transitar en un número definido de ciclos de igual valor.

El parámetro clave en los modelos de Markov son las probabilidades de transición. En general, estos datos se han tomado a través del CORE-OM sobre la historia natural del alumnado en situación previa a la intervención y para simular un escenario basal. Posteriormente se utiliza evidencia de la intervención realizada (terapia breve) y se estiman nuevamente las puntuaciones en el cuestionario. Así, se pueden establecer las probabilidades de permanecer o transitar a otro estado de salud diferente.

Se ha creado un modelo de Markov, con objeto de estudiar el comportamiento del sistema. Tomando como estados seis niveles discretos de salud (saludable, bajo, leve, moderado, moderado a severo y severo), se establecen las probabilidades de transición del alumnado entre los distintos estatus en un ciclo de 6 meses. Al final de un ciclo, los estudiantes pueden permanecer en un estado o trasladarse a otro, con base a las probabilidades de transición que fueron previamente definidas una vez se realiza el tratamiento psicológico. Las probabilidades de transición en una etapa quedan representadas haciendo uso de un grafo (ver figura 4.21).

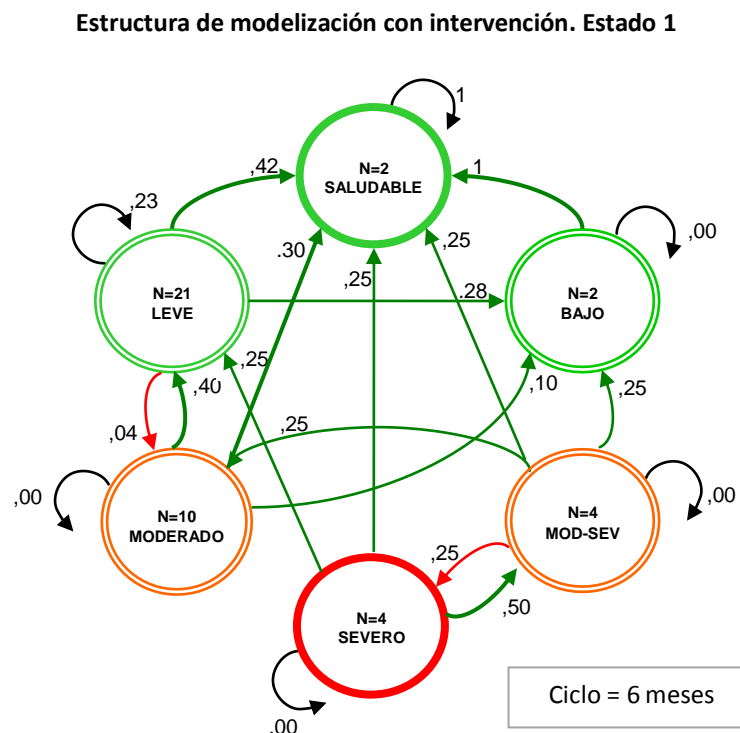


Figura 4.21: Representación gráfica de un ciclo Markov, indicando las probabilidades de transición de un estado a otro de los sujetos del grupo Experimental en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM: Estado 1

Las flechas muestran la dirección de transición y su probabilidad. Cuando la flecha vuelve al mismo estado de salud, representa la probabilidad de permanencia en ese

estado. En el interior de cada círculo se representa el número de sujetos que se encuentran en ese estado en el momento inicial. En la estructura de modelización con intervención (figura 4.20), cabe destacar las probabilidades de transición dominantes del estado Bajo hacia el Saludable (1), de Severo hacia Moderado-Severo (0,50), de Leve hacia Saludable (0,42) y de Moderado hacia Leve (0,40). El estado Saludable es estable en el sentido de que los sujetos no tienen transiciones a otros estados.

Es decir, de acuerdo con los resultados obtenidos en el CORE-OM en el grupo de estudiantes atendido por el SAP, se observa que existe un 100% de probabilidad de que un usuario que se encuentre en un estado Bajo de salud pase a un estado Saludable en un periodo de 6 meses. Mientras que existe un 50% de probabilidad para que un estudiante en estado Severo pase a Moderado-Severo, 25% y 25% de probabilidad de que se pase a Leve y Saludable respectivamente. Por último, un usuario en estado Leve tiene un 23% de permanecer en este estado, un 42%, 28% y 4% de probabilidad de que se pase a Saludable, Bajo y Moderado respectivamente.

Los datos de la figura 4.20 se recogen en una matriz de probabilidades como la que se muestra a continuación (tabla 4.70). Cabe destacar que la suma de las probabilidades para cada fila en la matriz de transición es siempre de un 1.

Tabla 4.70: Matriz de probabilidad de transición de un estado a otro de los sujetos del grupo Experimental en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM: Estado 1

Estados	Hacia					
	Saludable	Bajo	Leve	Moderado	Mod.-Sev	Severo
Saludable	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bajo	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Leve	0,42	0,28	0,23	0,04	0,00	0,00
Moderado	0,30	0,10	0,40	0,20	0,00	0,00
Mod.-Sev	0,25	0,25	0,00	0,25	0,00	0,25
Severo	0,25	0,00	0,25	0,00	0,50	0,00

Este tipo de modelos también nos permite hacer predicciones más allá del tiempo en el que transcurre la recogida de datos, pudiendo establecerse las mismas probabilidades de transición en un escenario ficticio tras 2 ciclos (12 meses) de intervención (ver figura 4.22 y tabla 4.71).

Estructura de modelización con intervención. Estado 2

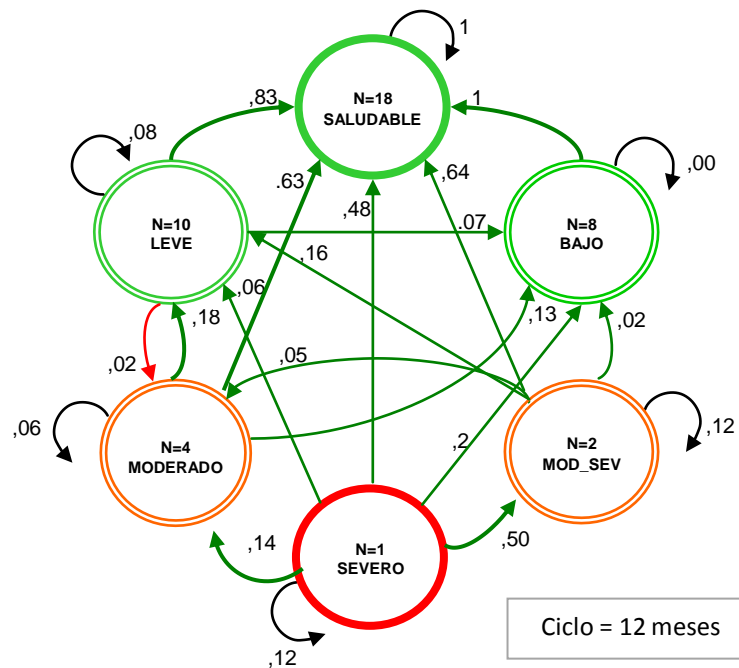


Figura 4.22: Representación gráfica de un ciclo Markov, indicando las probabilidades de transición de un estado a otro de los sujetos del grupo Experimental en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM: Estado 2

Tabla 4.71: Matriz de probabilidad de transición de un estado a otro de los sujetos del grupo Experimental en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM. Estado 2

Estados	Hacia					
	Saludable	Bajo	Leve	Moderado	Mod.-Sev	Severo
Saludable	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bajo	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Leve	0,83	0,07	0,08	0,02	0,00	0,00
Moderado	0,63	0,13	0,18	0,06	0,00	0,00
Mod.-Sev	0,64	0,02	0,16	0,05	0,12	0,00
Severo	0,48	0,20	0,06	0,14	0,00	0,12

Se observa cómo se produce un efecto embudo con el estado Saludable, ya que recibe la mayor parte de los sujetos en el modelo creado tras 2 ciclos (figura 4.21). Todos los sujetos del estado Bajo se trasladan al estado Saludable, y los sujetos de otros estados tienen una alta probabilidad de trasladarse al estado Saludable (83% desde el estado Leve; 63% desde Moderado; 64% desde Moderado-Severo y 48% desde Severo).

Podemos concluir que los cambios producidos en los sujetos atendidos en el SAP son positivos en términos de reducción de síntomas evaluados por el CORE-OM. Además, dichos cambios son consistentes en el tiempo, produciendo una tendencia clara a situar a los sujetos en el nivel Saludable (ver tabla 4.72 y figura 4.23).

Tabla 4.72: Distribución del Grupo Experimental en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM en los Estados Inicial, 1 y 2.

	Estado Inicial		Estado 1		Estado 2	
	N	%	N	%	N	%
Saludable	2	4,65	18	41,84	38,58	89,7
Bajo	2	4,65	8	18,6	1,46	3,35
Leve	21	48,85	10	23,25	1,96	4,55
Moderado	10	23,25	4	9,3	0,68	1,57
Moderado a Severo	4	9,3	2	4,65	0,24	0,55
Severo	4	9,3	1	2,32	0,12	0,28
Total	43	100	43	100	43	100

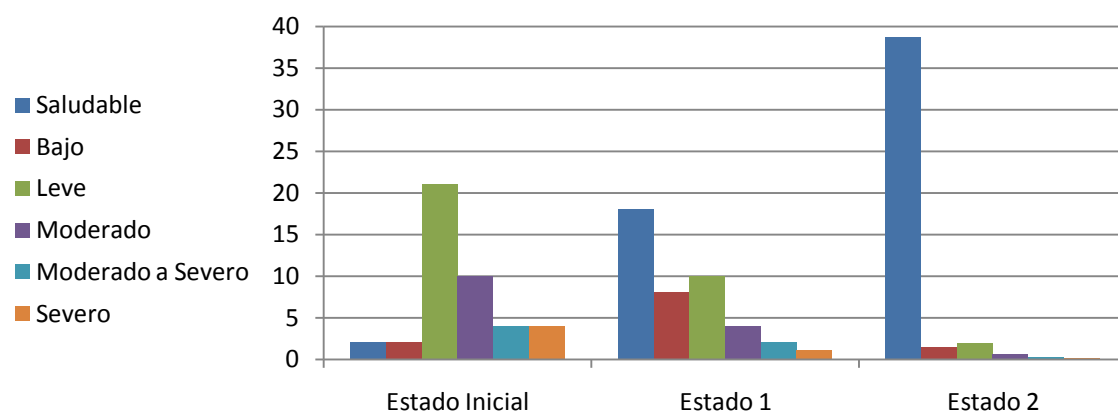


Figura 4.23: Representación de frecuencias del Grupo Experimental en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM en los Estados Inicial, 1 y 2

Llevando el modelo a un punto de saturación, donde las probabilidades de transición ya no varían a pesar de seguir aumentando el criterio temporal (duración de la intervención), encontramos una exacerbación del efecto embudo hacia el estado Saludable, recogiendo el 100% de los sujetos que partían del estado Bajo, el 99% de los que provenían del estado Leve, el 98% de los Moderado, el 96% de los Moderado-Severo y el 95% de los Severos (ver tabla 4.73 y figura 4.24).

Tabla 4.73: Matriz de probabilidad de transición de un estado a otro de los sujetos del grupo Experimental en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM. Estado 5

Estados	Hacia					
	Saludable	Bajo	Leve	Moderado	Mod.-Sev	Severo
De Saludable	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bajo	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Leve	0,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Moderado	0,98	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
Mod.-Sev	0,96	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00
Severo	0,95	0,01	0,02	0,01	0,00	0,02

Estructura de modelización con intervención. Estado 5

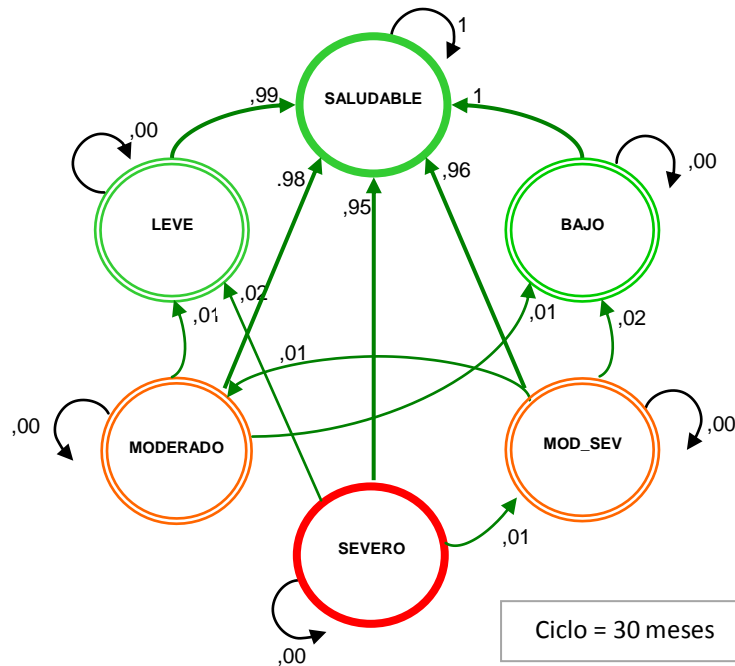


Figura 4.24: Representación gráfica de un ciclo Markov, indicando las probabilidades de transición de un estado a otro de los sujetos del grupo Experimental en función de los Niveles de Gravedad establecidos en el CORE-OM: Estado 5

Con esta hipótesis queremos saber hasta qué punto los estudiantes universitarios usuarios del SAP (grupo Experimental) experimentarán una reducción significativa en los valores de las dimensiones de la sintomatología clínica como consecuencia del proceso de intervención psicológica. Tras identificar que existen diferencias en las puntuaciones Posttest respecto a las puntuaciones Pretest, se ha realizado un contraste de hipótesis bajo pruebas no paramétricas. La prueba de Rango con Signo de Wilcoxon aplicada a la muestra experimental revela unas diferencias significativas entre las dos puntuaciones en el total de las variables utilizadas. Esto es, se consigue una mejoría en salud mental en los sujetos intervenidos que se refleja en el 100% de las escalas (CORE-Riesgo: Sig.: ,007; $p < ,05$ y el resto de variables Sig.: ,000; $p < ,05$).

A través de un modelo de Markov, creado con las probabilidades de transición de un estado de salud a otro (establecidos según la puntuación total del CORE-OM que contempla los niveles saludable, bajo, leve, moderado, moderado-severo y severo), se observa una tendencia generalizada de los sujetos a confluir en el estado saludable tras la intervención en el SAP. Este fenómeno se intensifica al generar un segundo modelo,

en el que se crea un escenario ficticio donde el tiempo de la intervención se duplica, llegando a obtener un 89,7% de sujetos en el estado saludable.

Otra forma de ver el progreso en el estado de salud mental de los sujetos del Grupo Experimental ha consistido en detectar las diferencias con el Grupo Control tanto en el Pretest como en el Posttest. Ya se han discutido las diferencias que existen en la totalidad de variables estudiadas en el momento Pretest, pero al realizar esas comparaciones en el momento Posttest dichas diferencias se atenúan en gran parte, manteniéndose sólo en las variables STAI-Rasgo (Sig.: ,038; $p < ,05$), SCL90-Obsesión-Compulsión (Sig.: ,003; $p < ,05$), SCL90-Ansiedad (Sig.: ,022; $p < ,05$) y SCL90-Psicoticismo (Sig.: ,001; $p < ,05$). Estos resultados se interpretan de forma que, si bien antes del asesoramiento recibido en el SAP los sujetos del Grupo Experimental presentaban un perfil clínico muy diferente a los estudiantes no usuarios del servicio, tras su paso por el mismo llegan a estabilizar sus puntuaciones y se equiparan al resto de la población estudiantil, una vez adaptado al contexto universitario.

Realizando el mismo análisis comparativo Pretest-Posttest entre el grupo Experimental y los sujetos del Grupo Control identificados como Subclínicos, se ha detectado el efecto contrario que antes. El contraste de hipótesis realizado en el Pretest apenas detecta diferencias en CORE-Problemas y Síntomas (Sig.: ,020; $p < ,05$), STAI-Estado (Sig.: ,009; $p < ,05$) y SCL90-Obsesión-Compulsión (Sig.: ,002; $p < ,05$); pero al observar los resultados del Posttest las diferencias ahora son significativas en 11 de las 18 variables: CORE-Bienestar Subjetivo (Sig.: ,004; $p < ,05$), CORE-Problemas y Síntomas (Sig.: ,002; $p < ,05$), CORE-Visibilidad (Sig.: ,007; $p < ,05$), CORE-Visi-R (Sig.: ,002; $p < ,05$), STAI-Rasgo (Sig.: ,045; $p < ,05$), SCL90-Somatización (Sig.: ,009; $p < ,05$), SCL90-Sensibilidad Interpersonal (Sig.: ,001; $p < ,05$), SCL90-Depresión (Sig.: ,003; $p < ,05$), SCL90-Hostilidad (Sig.: ,038; $p < ,05$), SCL90-Ideación Paranoide (Sig.: ,002; $p < ,05$) y SCL90-Índice General Sintomático (Sig.: ,003; $p < ,05$).

Por tanto, el efecto producido por la intervención recibida en los estudiantes que son atendidos en el SAP es visible cuando se compara la evolución de estos estudiantes con otros que, compartiendo características clínicas y de personalidad, no han pasado por un proceso de asesoramiento. Los estudiantes identificados como Subclínicos forman un grupo susceptible de beneficiarse de los recursos y herramientas ofrecidas en el asesoramiento realizado por el SAP.

De esta forma se confirma la hipótesis de que la intervención llevada a cabo con los estudiantes universitarios desde el SAP mejora su estado de salud mental, reduciendo considerablemente los valores en todas las escalas clínicas observadas. Estos resultados se unen a otras investigaciones que han demostrado la efectividad de los servicios universitarios de atención psicológica (Alcoba-González, 2000; Arco, López, Heilborn, & Fernández, 2005, Koutra, Katsiadrami, & Diakogiannis, 2010; Marchena et al, 2009; Minami et al., 2009; Raunic & Xenos, 2008; Rosenthal & Wilson, 2008) Estudios realizados utilizando la prueba CORE-OM (Connell et al., 2008; Connell, Barkham, & Mellor-Clark, 2007; Young, 2009) también han detectado reducciones significativas en las puntuaciones ofrecidas por los usuarios de otros servicios de Counselling universitarios, con un porcentaje que oscila entre el 67% y el 83% de casos en donde hay una reducción de las puntuaciones posttest con respecto a las puntuaciones pretest. En nuestro estudio, si tomamos como referencia la variable CORE-Visibilidad, el porcentaje de casos en donde se reducen las puntuaciones ha alcanzado a un 90,7% del total.

Hipótesis 9: Los niveles de ajuste académico (Tasa de Rendimiento Postest) y personal (Nivel de Satisfacción con el asesoramiento) de los usuarios del SAP (grupo Experimental o Clínico) se incrementarán significativamente tras recibir las pautas necesarias para mejorar su capacidad de adaptación a la vida universitaria.

Para conocer los efectos de la intervención en los alumnos usuarios del SAP a nivel de ajuste académico, se hace necesario analizar los resultados obtenidos a nivel de Tasa de Rendimiento, tanto en el momento Pretest como en el Postest. En la tabla 4.74 pueden verse los estadísticos descriptivos referidos a la variable Tasa de Rendimiento.

Tabla 4.74: Estadísticos descriptivos de la Tasa de Rendimiento Pretest y Postest en el GE

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Tasa de Rendimiento Pretest	43	0	100	72,62	30,33
Tasa de Rendimiento Postest	43	14,29	100	80,44	25,34

Según los datos desprendidos de la tabla anterior (ver tabla 4.74) se observa un aumento en las puntuaciones medias referidas a la Tasa de Rendimiento en el Postest (80,44) respecto a las puntuaciones obtenidas en el Pretest (72,62).

Para conocer el nivel de significación de las diferencias encontradas se realiza un contraste de hipótesis de muestras relacionadas (ver tabla 4.75).

Tabla 4.75: Estadísticos de contraste para muestras relacionadas (Tasa de Rendimiento Pretest y Postest) en grupo Experimental. Prueba de los Signos y de los Rangos con signo de Wilcoxon

		N	%	Rango promedio	Suma de rangos	Wilcoxon		Signos	
						Z	Sig.Asint (bilat.)	Z	Sig.Asint (bilat.)
Tasa de Rendimiento	Rangos -	10	23,2	12,45	124,50	-1,788 ^a	,074	-1,323	,186
	Rangos +	18	41,8	15,64	281,50				
	Empates	15	34,9						

a. Basado en los rangos negativos.

Los resultados muestran un porcentaje considerable de alumnos (41,8%) que presentan un incremento en la Tasa de Rendimiento Postest, seguidos de un 34,9% que muestran puntuaciones similares y un 23,2% donde la Tasa de Rendimiento disminuye respecto a la medida Pretest. Sin embargo, las diferencias detectadas no son significativas tras el análisis realizado (,074; $p < ,05$).

El nivel de satisfacción con el asesoramiento recibido se evalúa a través de un cuestionario confeccionado a tal efecto, donde los alumnos puntúan en una escala tipo likert de 1 a 4, donde aparecen también respuestas de tipo cualitativo asociadas a las puntuaciones (no satisfactorio, mejorable, satisfactorio y bastante satisfactorio), los diferentes aspectos de la intervención. A continuación se ofrecen los estadísticos descriptivos referidos a los 5 niveles evaluados: información recibida, materiales ofrecidos, respuestas a mis expectativas, calidad del profesional y calidad del servicio (ver tabla 4.76).

Tabla 4.76: Estadísticos descriptivos de las variables medidas en el cuestionario de Satisfacción con el SAP

	N	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
Información recibida	43	3	4	3,72	,454
Materiales ofrecidos	43	2	4	3,47	,631
Respuesta a mis expectativas	43	2	4	3,60	,623
Calidad del Profesional	43	2	4	3,91	,366
Calidad del servicio	43	3	4	3,81	,394

Los resultados son positivos en todos los niveles evaluados, siendo la calidad del profesional el aspecto que obtiene una puntuación media superior (3,91), seguido de la calidad del servicio (3,81), información recibida (3,72), respuesta a mis expectativas (3,60) y materiales ofrecidos (3,47).

Analizando las respuestas de tipo cualitativo, la calidad del profesional es de nuevo el aspecto mejor valorado por los alumnos, con un 93% de respuestas Bastante Satisfactorio, seguido de la calidad del servicio (81,4% Bastante Satisfactorio), información recibida (72,1% Bastante Satisfactorio), respuesta a mis expectativas (67,4% Bastante Satisfactorio) y materiales ofrecidos (53,5% Bastante Satisfactorio) (ver tabla 4.77).

En este apartado queremos conocer en qué medida se incrementarán los niveles de ajuste académico (medido a través de la Tasa de Rendimiento) y personal (Nivel de Satisfacción con el asesoramiento) de los usuarios del SAP tras pasar por el proceso de intervención. En los análisis descriptivos realizados en las puntuaciones de la tasa de rendimiento Pretest y Posttest se detecta un incremento en sus valores medios, pasando de 72,62 a una media de 80,44. También se ha reducido la variabilidad del grupo, ya que la desviación típica se reduce de 30,33 en el pretest a 25,34 en el posttest.

Tabla 4.77: Frecuencias y porcentajes de las variables medidas en el cuestionario de Satisfacción

		Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Información recibida	No Satisfactorio	0	0	0
	Mejorable	0	0	0
	Satisfactorio	12	27,9	27,9
	Bastante Satisfactorio	31	72,1	100,0
	Total	43	100,0	
Materiales ofrecidos	No Satisfactorio	0	0	0
	Mejorable	3	7,0	7,0
	Satisfactorio	17	39,5	46,5
	Bastante Satisfactorio	23	53,5	100,0
	Total	43	100,0	
Respuesta a mis expectativas	No Satisfactorio	0	0	0
	Mejorable	3	7,0	7,0
	Satisfactorio	11	25,6	32,6
	Bastante Satisfactorio	29	67,4	100,0
	Total	43	100,0	
Calidad del Profesional	No Satisfactorio	0	0	0
	Mejorable	1	2,3	2,3
	Satisfactorio	2	4,7	7,0
	Bastante Satisfactorio	40	93,0	100,0
	Total	43	100,0	
Calidad del servicio	No Satisfactorio	0	0	0
	Mejorable	0	0	0
	Satisfactorio	8	18,6	18,6
	Bastante Satisfactorio	35	81,4	100,0
	Total	43	100,0	

Sin embargo, el contraste de hipótesis realizado no muestra diferencias significativas entre las dos puntuaciones (Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon: $Z = -1,788$; Sig.: ,074; $p < ,05$). Con estos resultados obtenemos un 41,8% de sujetos que incrementan sus puntuaciones en un promedio de 15,64 puntos, un 34,9% que obtiene la misma tasa de rendimiento posttest y el 23,2% que ve reducida sus puntuaciones en un promedio de 12,45.

Existen estudios acerca del efecto de un proceso terapéutico sobre el rendimiento académico en alumnos con dificultades, llegando a distintas conclusiones. Un ejemplo lo encontramos en la Universidad de Granada (Arco, López, Heilborn, & Fernández, 2005) donde a través de un programa conductual basado en terapia breve (complementado con elementos de la Terapia de Aceptación y Compromiso) se consigue mejorar aspectos como mantener un horario fijo de actividades y número de horas de estudio, asistencia regular a clase, regulación de los patrones de sueño, o una disminución de la irritabilidad.

En una revisión sobre estudios acerca de la relación entre resultados académicos y otras variables psicológicas (Richardson, Abraham, & Bond, 2012) se encontraron variables no relacionadas con aspectos cognitivos que interaccionan con el rendimiento, como factores motivacionales o estrategias de autorregulación del aprendizaje, factores con los que se trabaja en la intervención psicológica del SAP. La mejora de la autoestima también se ha relacionado con una mejora en el desempeño académico (Gębka, 2013; Pullmann & Allik, 2008). Sin embargo también contamos con trabajos donde no se niega la influencia de variables psicológicas, pero que otorgan una mayor importancia a variables como las calificaciones en las etapas educativas previas (McKenzie & Schweitzer, 2001; Olani, 2009) o las competencias cognitivas (Prat-Sala & Redford, 2010) como determinantes del desempeño académico en la universidad. Hay estudios en donde incluso se identifican estudiantes académicamente exitosos que puntúan alto en escalas clínicas (Stringer, Crown, Lucas, & Supramaniam, 1977), rompiendo esa conexión entre rendimiento y salud mental.

Analizando la satisfacción de los usuarios del SAP con el asesoramiento recibido, los datos ofrecen unos resultados positivos, ya que todas las variables estudiadas cuentan con una buena valoración. Teniendo en cuenta la escala tipo liker (de 1 a 4) utilizada en el cuestionario, la calidad del profesional que atendió la consulta obtiene una puntuación media de 3,91 (D.T.: ,366), la calidad general del servicio se valora con 3,81 (D.T.: ,394), la información recibida obtiene 3,72 (D.T.: ,366), la respuesta a las expectativas puestas en la ayuda que ofrece el servicio 3,60 (D.T.: ,623) y por último la calidad de los materiales ofrecidos con 3,47 (D.T.: ,631). El análisis cualitativo de la escala (utilizando los niveles no satisfactorio, mejorable, satisfactorio y muy satisfactorio) las variables que obtienen un mayor porcentaje de valoraciones muy satisfactorias se ordenan de la misma forma. En ningún caso existen valoraciones no satisfactorias.

Modelo de Ecuaciones Estructurales

Con las variables estudiadas se ha trabajado para construir un modelo de regresión multivariante en dos dimensiones, basado en ecuaciones estructurales (SEM), que logre explicar el rendimiento académico de los estudiantes universitarios en su primer año académico y su relación con el estado de salud mental y los rasgos de personalidad. Se trata por tanto de un modelo explicativo, relacional, el cual se ha ido depurando en 3 fases progresivas hasta conseguir el modelo definitivo.

Al utilizar variables provenientes de test estandarizados no es necesario establecer variables latentes, y se trabaja directamente con las escalas propias de las pruebas utilizadas. Por otro lado, los modelos SEM permiten estimar efectos de manera simultánea, de modo que una variable dependiente pueda a su vez predecir otras variables (M. T. González & Landero, 2008). El método de estimación que se ha utilizado ha sido el de máxima verosimilitud, muy utilizado en los modelos SEM (M. Ruiz, 2000).

Así, se ha llegado a un modelo (ver figura 4.25) en el que se establece un momento inicial, que coincide con la entrada en la Universidad, con las variables Nota de Admisión, Gravedad Pretest (o estado de salud mental proveniente de la escala CORE-Visibilidad), Neuroticismo, Extraversión y Apertura, que se relacionan con la Tasa de Rendimiento Pretest y la Gravedad Postest (proveniente de la escala CORE-Visibilidad) recogida a comienzos del 2º semestre del 1º curso, que a su vez interaccionan con la tasa de Rendimiento Postest, recogida al comienzo del 2º curso académico.

Como puede apreciarse en la tabla 4.78, los estadísticos de bondad de ajuste del modelo resultaron satisfactorios, con valores dentro de los parámetros deseados.

Tabla 4.78: Estadísticos de bondad de ajuste del modelo creado

X^2	g ^a	Índices de ajuste absoluto				Índices de ajuste incremental		
		GFI ^b	AGFI ^c	SRMR ^d	RMSEA ^e	NFI ^f	TLI ^g	CFI ^h
0,940	9	1,000	1,000	0,012	0,000	0,986	1,046	1,000

^a g: grados de libertad.

^b GFI: Goodness of Fit Index (índice de bondad del ajuste).

^c AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index (índice de bondad de ajuste corregido).

^d RMR: Root Mean Square Residual (residuo cuadrático medio).

^e RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (error de aproximación cuadrático medio).

^f NFI: Normed Fit Index (índice de ajuste normalizado).

^g TLI: Tucker-Lewis coefficient (coeficiente de Tucker y Lewis).

^h CFI: Comparative Fit Index (índice de ajuste comparativo).

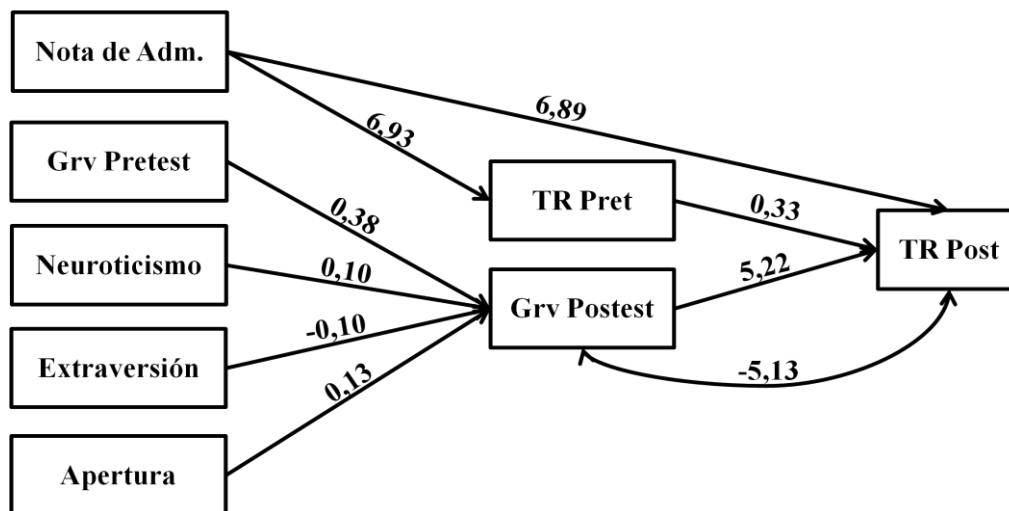


Figura 4.25: Modelo SEM creado para explicar el rendimiento académico

La tabla 4.79 ofrece los coeficientes de regresión y covarianzas estimadas del modelo.

Tabla 4.79: Coeficientes de regresión y covarianzas estimadas en el modelo creado para explicar el rendimiento académico

	Valor	D.T.	Z	Sig.
Gravedad Postest ← Gravedad Pretest	0,376	0,063	5,952	,000
Gravedad Postest ← Neuroticismo	0,100	0,055	1,826	,068
Gravedad Postest ← Extraversión	-0,104	0,044	-2,388	,017
Gravedad Postest ← Apertura	0,130	0,042	3,096	,002
Tasa de Rendimiento Pretest ← Nota de Admisión	6,899	1,314	5,249	,000
Tasa de Rendimiento Postest ← Nota de Admisión	6,938	1,303	5,323	,000
Tasa de Rendimiento Postest ← Rendimiento Pretest	0,332	0,059	5,582	,000
Tasa de Rendimiento Postest ← Gravedad Postest	5,219	2,078	2,511	,012
Covarianza Gravedad Postest ↔ Rendimiento Postest	-5,132	1,752	-2,929	,003

La tasa de Rendimiento Pretest sólo se explica a través de la Nota de Admisión (Z: 5,249; Sig: ,000; $p < ,05$), mientras que el nivel de Gravedad Postest vendría dado por el nivel de Gravedad Pretest (Z: 5,952; Sig: ,000; $p < ,05$), el grado de Apertura (Z: 3,096; Sig: ,002; $p < ,05$), Extraversión (Z: -2,388; Sig: ,017; $p < ,05$) y Neuroticismo en menor medida (Z: 1,826; Sig: ,068; $p < ,05$). No se detectaron relaciones de ningún tipo entre la Tasa de Rendimiento Pretest y los niveles de Gravedad, tanto Pretest como Postest.

Al analizar las relaciones en el segundo nivel del modelo, establecidas entre la Tasa de Rendimiento Postest con la Tasa de Rendimiento Pretest y el nivel de Gravedad Postest, aparecen nuevas conexiones significativas. Si bien el rendimiento postest se explica

principalmente por la Tasa de Rendimiento Pretest ($Z: 5,582$; Sig: ,000; $p < ,05$), se observa un efecto directo proveniente del nivel de Gravedad Posttest ($Z: 2,511$; Sig: ,012; $p < ,05$), que se acompaña de una covarianza negativa significativa ($Z: -2,929$; Sig: ,003; $p < ,05$).

Basándose en el modelo de ecuaciones estructurales elaborado, se confirma que el nivel de salud mental explica parte del rendimiento académico de los estudiantes tras un año en la universidad. En este sentido, podemos afirmar que en la medida que un estudiante obtenga puntuaciones elevadas en los niveles de gravedad tras su adaptación al entorno universitario, descenderá su rendimiento académico posterior. Dicho de otro modo, una mejora en el estado de salud mental de un estudiante redundará en un aumento de sus resultados académicos.

Tras los resultados obtenidos en la hipótesis 6, donde se confirma el efecto producido en el nivel de salud de los estudiantes tras recibir una intervención personalizada, nos reafirmamos en la eficacia de la intervención ofrecida desde el Servicio de Atención Psicológica en beneficio de la comunidad universitaria, ya que contribuye a mejorar las cotas de éxito de los estudiantes.

Se han encontrado numerosas variables relacionadas con la salud mental que tienen una incidencia en el rendimiento académico, como la satisfacción con la vida (Malik, Nordin, Zakaria, & Sirun, 2013), establecimiento de relaciones sociales positivas (Chew, Md Zain, & Hassan, 2014) o experiencias previas satisfactorias (Saenz, 1999). Igualmente, se han constatado los efectos de intervenciones y programas específicos sobre el rendimiento académico, como los dirigidos a disminuir los niveles de ansiedad asociados con el estudio o los exámenes (Chapell et al., 2005; Vitasari, Wahab, Othman, & Awang, 2010; Vitasari, Wahab, Othman, Herawan, & Sinnadurai, 2010).

V. CONCLUSIONES

La existencia de problemas psicológicos en el estudiantado universitario ha sido descrita en numerosos estudios (Abedian, Mesbah, & Peyravi, 2011; Álvarez, Aguilar, & Lorenzo, 2012; Calvete et al., 2005; Caparrós, Villar, & Juan, 2007; García, Pérez, Pérez & Natividad, 2012; Ghodasara, Davidson, Reich, Savoie, & Rodgers, 2011; Gutiérrez et al., 2010; Hernández, Martín-Brufau, Carrillo, Berna, & Gras, 2010; Kim, Yang, & Schroepel, 2013; Minami et al., 2009; Rué, 2013; Sprinkle et al., 2002; Vázquez & Blanco, 2008), haciendo hincapié en la necesidad de contar con los recursos precisos para poder intervenir ante ellos y minimizar sus repercusiones en el rendimiento académico (Koutra, Katsiadrami, & Diakogiannis, 2010; Minami et al., 2009; Raunic & Xenos, 2008; Rosenthal & Wilson, 2008).

Las principales conclusiones que se derivan del análisis de los resultados se exponen a continuación. Teniendo en cuenta las hipótesis planteadas:

1. La nota de admisión de los estudiantes que solicitan asesoramiento es significativamente menor que la nota de admisión de los alumnos no usuarios, aunque no se han encontrado diferencias significativas en cuanto la tasa de rendimiento.

Los usuarios del SAP presentan valores superiores en las dimensiones de sintomatología clínica respecto a los alumnos no usuarios del SAP. Esta diferencia ocurre en la totalidad de las variables incluidas en las pruebas CORE-OM (Bienestar, Problemas y Síntomas, Funcionamiento y Riesgo), STAI-E/R y SCL-90 (Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo).

El grupo de estudiantes considerados Subclínicos presentan un perfil equivalente a los alumnos atendidos en el SAP, con puntuaciones similares en las escalas utilizadas y con grandes diferencias respecto al resto de sus iguales (no clínicos).

2. En lo relativo a los rasgos de personalidad, se confirma la diferenciación de perfiles entre los sujetos usuarios y no usuarios del SAP, con diferencias en 3 de los 5 rasgos evaluados: Responsabilidad Extraversión y Neuroticismo. Una vez más, el grupo subclínico se diferencia del grupo no clínico, acercando sus puntuaciones a las obtenidas por el grupo clínico.

En función del modelo de ecuaciones los rasgos de personalidad se presentan como variables que conectan con el nivel de gravedad de los síntomas psicológicos, sin tener incidencia directa con los resultados académicos.

3. Se ha detectado cierta relación entre el rendimiento académico y la sintomatología clínica evaluada, aunque se limita al grupo control.

A través del modelo de ecuaciones estructurales se ha comprobado una relación negativa entre el nivel de gravedad del estado de salud mental y los resultados académicos de los estudiantes. En este sentido, en la medida que aumentan los niveles de gravedad, teniendo en cuenta la puntuación en la escala general del CORE-OM, se produce un descenso en la tasa de rendimiento de los estudiantes. Esta concordancia se detecta con las medidas tomadas después de un periodo de adaptación al entorno universitario, pero no se aparecen al comienzo del curso.

4. El rendimiento académico de los estudiantes está relacionado con los rasgos de personalidad. Valores más altos en Amabilidad y Responsabilidad se relacionan con mejores puntuaciones en la tasa de rendimiento.
5. Se identifica una variación en la sintomatología clínica experimentada por los alumnos universitarios a lo largo de su permanencia en la universidad.

Existe una tendencia general por parte de los sujetos evaluados a presentar una disminución en la intensidad de la sintomatología en la medida posttest respecto a las puntuaciones del pretest, que se explica considerando la entrada en la universidad como un periodo crítico, en el que puede observarse una exacerbación transitoria de determinados síntomas. A medida que el estudiante se adapta al nuevo entorno, los niveles experimentados se estabilizan.

El grupo considerado subclínico también presenta una disminución en sus puntuaciones, pero continúan por encima del grupo no clínico, incluso comparándolas con las obtenidas en el pretest.

6. Los niveles de adaptación evaluados en el grupo control revelan una desigualdad entre los sujetos subclínicos y no clínicos, ya que los primeros presentan puntuaciones inferiores respecto a los segundos.

7. El nivel de adaptación manifestado por los estudiantes del grupo control está relacionado con las variables clínicas, los rasgos de personalidad y los resultados académicos.

Esta relación es positiva en el caso de las medidas académicas (nota de admisión y tasas de rendimiento) y los rasgos de personalidad Extroversión, Amabilidad y Responsabilidad, y negativa para casi la totalidad de las variables clínicas (17 de 18) y el rasgo Neuroticismo.

8. Se constata la eficacia de la intervención llevada a cabo desde el SAP, ya que se ha detectado un descenso significativo en todos los valores de las escalas clínicas estudiadas.

Igualmente, se ha comprobado que las puntuaciones obtenidas tras la intervención se equiparan a las puntuaciones del grupo no clínico, y se diferencian del grupo subclínico, que sigue manteniendo niveles superiores.

9. El análisis realizado no nos permite confirmar el efecto producido por la intervención en el rendimiento académico, si bien existe un porcentaje de alumnos que ve mejorada su tasa de rendimiento.

El nivel de satisfacción de los usuarios con la atención recibida es muy elevado, valorando la calidad de la información ofrecida, los materiales proporcionados, la respuesta a sus expectativas o la aptitud del profesional que lo atendió.

En este trabajo se ha confirmado la existencia de diferentes perfiles psicológicos en la población universitaria, y cómo algunas de las variables utilizadas están relacionadas con la adaptación de los estudiantes a un nuevo entorno educativo y su posterior rendimiento académico. Continuar con esta línea puede contribuir en el trabajo de los servicios de atención psicológica universitarios, ya que nos puede permitir diseñar programas específicos, y protocolos de actuación adaptados, que minimicen los costes y maximicen la eficacia de la intervención ofrecida.

Por otro lado, también se ha demostrado cómo, a través de un servicio universitario de atención psicológica, se puede intervenir de forma satisfactoria a través de un protocolo de actuación sistematizado y orientado a la mejora del estado de salud mental de los

estudiantes. Valorar el impacto que tienen este tipo de servicios en el aprendizaje y desarrollo de los universitarios es importante para demostrar su valía dentro del sistema de Educación Superior actual.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Aastrup, W. (2007). *Guidance and Counselling in Higher Education in European Union Member States*. Aarhus: Counselling and Support Centre, University of Aarhus.
- Abdullah, M. C., Elias, H., Mahyuddin, R., & Uli, J. (2009). Adjustment amongst first year students in a Malaysian University. *European Journal of Social Sciences* –, 8, 496–505.
- Abedian, A., Mesbah, N., & Peyravi, H. (2011). Comparative Study of Mental Health Status of New Students Entering the Year 2004 and 2006 University of Tehran. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2112–2116. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.410
- Adelman, H. S., & Taylor, L. (2000). Promoting Mental Health in Schools . *Journal of School Health*, 70, 171–178. doi:10.1111/j.1746-1561.2000.tb06467.x
- Aertgeerts, B., & Buntinx, F. (2002). The relation between alcohol abuse or dependence and academic performance in first-year college students. *Journal of Adolescent Health*, 31, 223–225. doi:10.1016/S1054-139X(02)00362-2
- AESPPU. (2009). Estatutos de la Asociación Española de Servicios Psicológicos y Psicopedagógicos Universitarios (AESPPU).
- Agudelo, D. M., Casadiegos, C. P., & Sánchez, D. L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34–39.
- Aguilar, C., Alonso, M. J., Melgar, P., & Molina, S. (2009). Violencia de género en el ámbito universitario. Medidas para su superación. *Pedagogía Social*, 16, 85–94.
- Aláez, M., Martínez- Arias, R., & Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes , su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525–532.
- Alcoba-González, J. (2000). Inax4: Un programa breve de intervencion en ansiedad. Estudio piloto. *Indivisa: Boletín de Estudios E Investigación*, 1, 197–221.

- Álvarez, A. G. (1999). La psicopedagogía en la escuela pública de España: 1970-1990: diversas experiencias a través de la literatura científica en perspectiva histórico-educativa educationalperspective. *Aula: Revista de Pedagogía de La Universidad de Salamanca*, 11, 79–93.
- Álvarez González, M., & Bizquera Alzina, R. (1996). *Manual de Orientación y Tutoría*. Barcelona: Praxis.
- Álvarez, J., Aguilar, J. M., & Lorenzo, J. J. (2012). La ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios: Relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(1), 333–354.
- Álvarez, M., Figuera, P., & Torrado, M. (2011). La problemática de la transición bachillerato-universidad en la Universidad de Barcelona. *Revista Española de Orientación Y Psicopedagogía*, 22, 15–27.
- Alvarez, M. J., & Garcia-Marques, L. (2011). Cognitive and contextual variables in sexual partner and relationship perception. *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 407–17. doi:10.1007/s10508-011-9725-5
- Alves, H. J., & Boog, M. C. F. (2007). Food behavior in student residence halls: A setting for health promotion. *Revista de Saude Publica*, 41, 197–204.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition TR*. (4º ed.). Barcelona: Masson.
- Anderson, E. S., Ford, J., & Thorpe, L. (2011). Learning to listen: improving students' communication with disabled people. *Medical Teacher*, 33, 44–52. doi:10.3109/0142159X.2010.498491
- Arco, J. L., & Fernández, F. D. (2011). Eficacia de un programa de tutoría entre iguales para la mejora de los hábitos de estudio del alumnado universitario. *Revista de Psicodidáctica*, 16(1), 163–180.
- Arco, J. L., Fernandez, F. D., Heilborn, V. A., & Lopez, S. (2005). Demographic, Academic and Psychological Profile of Students Attending Counseling Services at

- the University of Granada (Spain). *International Journal for the Advancement of Counselling*, 27(1), 71–85. doi:10.1007/s10447-005-2249-8
- Arco, J. L., López, S., Heilborn, V. A., & Fernández, F. D. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: Eficacia del modelo “La Cartuja.” *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 589–608.
- Arslan, G., Ayranci, U., Unsal, A., & Arslantas, D. (2009). Prevalence of depression, its correlates among students, and its effect on health-related quality of life in a Turkish university. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 114, 170–177. doi:10.1080/03009730903174339
- Bachrach, R. L., & Read, J. P. (2012). The role of posttraumatic stress and problem alcohol involvement in university academic performance. *Journal of Clinical Psychology*, 68(7), 843–59. doi:10.1002/jclp.21874
- Ballenato, G. (2011). Desarrollo de Competencias Transversales desde los Servicios de Orientación. In *VIII Encuentro de Servicios Psicológicos y Psicopedagógicos Universitarios*. Málaga: AESPPU.
- Baños, R. M., Guillen, V., Botella, C., García, A., Jorquera, M., & Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 303–316.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., ... McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69, 184–196.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 667–672. doi:10.1007/s00127-008-0345-x

- Beas, I., & Llorens, S. (1998). La formación para el empleo de los jóvenes universitarios desde la perspectiva del servicio de empleo y formación. *Fòrum de Recerca*, 4, 98–110.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión* (13th ed.). Madrid: Desclee de Brouwer.
- Beers, C. W. (1908). *A Mind That Found Itself*.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología* (2ª Revisad.). Madrid: Mc Graw Hill.
- Bennett, S. (2008). The Information or the Learning Commons : Which Will We Have? *The Journal of Academic Librarianship*, 34(3), 183–185.
- Bertholet, N., Daeppen, J.-B., Wietlisbach, V., Fleming, M., & Burnand, B. (2005). Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 165(9), 986–995. doi:10.1001/archinte.165.9.986
- Bewick, B. M., Trusler, K., Mulhern, B., Barkham, M., & Hill, A. J. (2008). The feasibility and effectiveness of a web-based personalised feedback and social norms alcohol intervention in UK university students: A randomised control trial. *Addictive Behaviors*, 33, 1192–1198. doi:10.1016/j.addbeh.2008.05.002
- Bisquerra, R. (1995). *Orígenes y desarrollo de la orientación psicopedagógica*. Madrid: Narcea.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social : su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582–589.
- Bodnar, J. (2009). Information and learning commons, faculty and student benefits. *New Library World*, 110((9/10)), 403–409.
- Bologna Process Working Group on Social Dimension and Data on Mobility of Staff and Students in Participating Countries. (2007). Key issues for the European Higher Education Area – Social Dimension and Mobility.

- Botella, L. (2008). Resultado y proceso en Psicoterapia Cognitivo-Constructivista Integradora. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 229–241.
- Boudreau, J. D., Cassell, E., & Fuks, A. (2009). Preparing medical students to become attentive listeners. *Medical Teacher*, 31, 22–29. doi:10.1080/01421590802350776
- Brazdău, O., & Mihai, C. (2011). The consciousness quotient: a new predictor of the students' academic performance. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 11, 245–250. doi:10.1016/j.sbspro.2011.01.070
- Bruch, M. A., & Haase, R. F. (2004). Five-Factor Model of Personality and Career Exploration. *Journal of Career Assessment*, 12(3), 223–238. doi:10.1177/1069072703261524
- Busseri, M. a., Rose-Krasnor, L., Mark Pancer, S., Pratt, M. W., Adams, G. R., Birnie-Lefcovitch, S., ... Gallander Wintre, M. (2011). A Longitudinal Study of Breadth and Intensity of Activity Involvement and the Transition to University. *Journal of Research on Adolescence*, 21(2), 512–518. doi:10.1111/j.1532-7795.2010.00691.x
- Caballo, V. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (4ª ed.). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Caballo, V., & Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8(2), 173–215.
- Caballo, V., Salazar, I., & Carrobbles, J. A. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicopatológicos*. Madrid: Pirámide.
- Calvete, E., Estévez, A., Landín, C., Martínez, Y., Cardeñoso, O., Villardón, L., & Villa, A. (2005). Self-talk and affective problems in college students: valence of thinking and cognitive content specificity. *The Spanish Journal of Psychology*, 8(1), 56–67.
- Cano, R. (2009). Tutoría universitaria y aprendizaje por competencias ¿Cómo lograrlo? *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 28, 1–12.

- Caparrós, B., Villar, E., Juan, J., & Viñas, F. (2007). Symptom Check-List-90-R : fiabilidad , datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781–794.
- Carranza, R., & Ramírez, A. (2003). Procrastinación y características demográficas asociados en estudiantes universitarios. *Apuntes Universitarios*, 3(2), 95–108.
- Carreras, P., & Fernández-Castro, J. (1998). Adaptation to examination stress in first and second year university students. *Studia Psychologica*, 40, 181–186.
- Casey, P. (2009). Adjustment disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*. doi:10.2165/11311000-000000000-00000
- Castaño, E., Gallón, S., & Gómez, K. (2006). Análisis de los factores asociados a la deserción y graduación estudiantil universitaria. *Lecturas de Economía*, 65, 9–36.
- Castaño, E., Gallón, S., & Gómez, K. (2008). Análisis de los factores asociados a la deserción estudiantil en la Educación Superior : un estudio de caso. *Revista de Educación*, 345, 255–280.
- Castro, L. (2011). Modelo integrador en psicopatología: un enfoque transdiagnóstico. In V. Caballo, I. Salazar, & J. A. Carroble (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 45–78). Madrid: Pirámide.
- Cazorla, D., & Cuenca, P. (2011). Plan de acogida para los alumnos de nuevo ingreso en el grado de Ingeniería Informática en la ESII (UCLM). In *XVII Jornadas de Enseñanza Universitaria de la Informática*. Barcelona.
- Cejas, E., & Castaño, R. (2004). La formación química en un contexto de competencias laborales. *Revista Electrónica de Enseñanza de Las Ciencias*, 3(2), 171–189.
- Chamorro, T., & Furnham, A. (2003). Personality predicts academic performance: Evidence from two longitudinal university samples. *Journal of Research in Personality*. doi:10.1016/S0092-6566(02)00578-0

- Chamorro, T., & Furnham, A. (2008). Personality, intelligence and approaches to learning as predictors of academic performance. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1596–1603. doi:10.1016/j.paid.2008.01.003
- Chamorro, T., Quiroga, M. A., & Colom, R. (2009). Intellectual competence and academic performance: A Spanish study. *Learning and Individual Differences*, 19(4), 486–491. doi:10.1016/j.lindif.2009.05.002
- Chapell, M. S., Blanding, Z. B., Silverstein, M. E., Takahashi, M., Newman, B., Gubi, A., & McCann, N. (2005). Test Anxiety and Academic Performance in Undergraduate and Graduate Students. *Journal of Educational Psychology*. doi:10.1037/0022-0663.97.2.268
- Cheng, W., & Ickes, W. (2009). Conscientiousness and self-motivation as mutually compensatory predictors of university-level GPA. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 817–822. doi:10.1016/j.paid.2009.06.029
- Chew, B.-H., Md Zain, A., & Hassan, F. (2014). The relationship between the social management of emotional intelligence and academic performance among medical students. *Psychology, Health & Medicine*, 1–7. doi:10.1080/13548506.2014.913797
- Chow, H. (2007). Psychological well-being and scholastic achievement among university students in a Canadian Prairie City. *Social Psychology of Education*, 10(4), 483–493. doi:10.1007/s11218-007-9026-y
- Chow, H. (2010). Predicting Academic Success and Graduate Students Psychological Wellness in a Sample of Canadian Undergraduates Students. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(2), 473–496.
- Clariana, M. (2013). Personalidad, Procrastinación y Conducta Deshonesta en Alumnado de distintos Grados Universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(2), 451–472.

- Clinciu, A. I. (2013). Adaptation and Stress for the First Year University Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 718–722. doi:10.1016/j.sbspro.2013.04.382
- Connell, J., Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2007). CORE-OM mental health norms of students attending university counselling services benchmarked against an age-matched primary care sample. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35(1), 41–57. doi:10.1080/03069880601106781
- Connell, J., Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2008). The effectiveness of UK student counselling services: an analysis using the CORE System. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(1), 1–18. doi:10.1080/03069880701715655
- Connell, J., Barkham, M., Stiles, W. B., Twigg, E., Singleton, N., Evans, O., & Miles, J. N. V. (2007). Distribution of CORE-OM scores in a general population, clinical cut-off points and comparison with the CIS-R. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 190, 69–74. doi:10.1192/bjp.bp.105.017657
- Cooke, R., Bewick, B. M., Barkham, M., Bradley, M., & Audin, K. (2006). Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(4), 505–517. doi:10.1080/03069880600942624
- Costa, P. T. J., & McCrae, R. R. (1989). *The NEO-PI/NEO-FFI manual supplement*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. J., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five- Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: Meta-analytic study of publication bias. *British Journal of Psychiatry*, 196(3), 173–178. doi:10.1192/bjp.bp.109.066001

- Curtis, T., Kvernmo, S., & Bjerregaard, P. (2005). Changing living conditions, life style and health. *International Journal of Circumpolar Health*, 64(5), 442–450. doi:10.3402/ijch.v64i5.18025
- Dacre, L., & Qualter, P. (2012). Improving emotional intelligence and emotional self-efficacy through a teaching intervention for university students. *Learning and Individual Differences*, 22, 306–312. doi:10.1016/j.lindif.2012.01.010
- Day, L., Hanson, K., Maltby, J., Proctor, C., & Wood, A. (2010). Hope uniquely predicts objective academic achievement above intelligence, personality, and previous academic achievement. *Journal of Research in Personality*, 44(4), 550–553. doi:10.1016/j.jrp.2010.05.009
- De Feyter, T., Caers, R., Vigna, C., & Berings, D. (2012). Unraveling the impact of the Big Five personality traits on academic performance: The moderating and mediating effects of self-efficacy and academic motivation. *Learning and Individual Differences*, 22(4), 439–448. doi:10.1016/j.lindif.2012.03.013
- De Koning, B. B., Loyens, S. M. M., Rikers, R. M. J. P., Smeets, G., & Van Der Molen, H. T. (2012). Generation Psy: Student characteristics and academic achievement in a three-year problem-based learning bachelor program. *Learning and Individual Differences*, 22(3), 313–323. doi:10.1016/j.lindif.2012.01.003
- De la Peña, F., Estrada, A., Almeida, L., & Páez, F. (1999). Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud Mental*, 22(4), 9–13.
- De Vicente, A., & Berdullas, S. (2010). Los trastornos mentales, segunda causa de baja laboral en España. *Infocop*, 47(Marzo), 25–26.
- Derogatis, L. R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Díaz Cruz, F. (1999). *Salud mental en la isla de Tenerife: un estudio epidemiológico*. Universidad de La Laguna.

- Dimsdale, J. E. (2008). Psychological Stress and Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(13), 1237–1246. doi:10.1016/j.jacc.2007.12.024
- Duff, A., Boyle, E., Dunleavy, K., & Ferguson, J. (2004). The relationship between personality, approach to learning and academic performance. *Personality and Individual Differences*, 36, 1907–1920. doi:10.1016/j.paid.2003.08.020
- Dunne, C., & Somerset, M. (2004). Health promotion in university: what do students want? *Health Education*. doi:10.1108/09654280410564132
- Durán, D. (2009). Aprender a cooperar: Del grupo al equipo. In J. I. Pozo & M. Pérez (Eds.), *Psicología del aprendizaje universitario, La formación en competencias*. Madrid: Ediciones Morata.
- Durbin, C. E., & Hicks, B. M. (2014). Personality and Psychopathology: A Stagnant Field in Need of Development. *European Journal of Personality*, 28(4), 362–386. doi:10.1002/per.1962
- Dyson, R., & Renk, K. (2006). Freshmen adaptation to university life: Depressive symptoms, stress, and coping. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1231–1244. doi:10.1002/jclp.20295
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Engler, B. (1996). *Teorías de la Personalidad* (p. 557). Mc Graw Hill.
- Erling, E. J., & Richardson, J. T. E. (2010). Measuring the Academic Skills of University Students: Evaluation of a diagnostic procedure. *Assessing Writing*. doi:10.1016/j.asw.2010.08.002
- Espino, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(122), 385–404.

- Eum, K., & Rice, K. G. (2011). Test anxiety, perfectionism, goal orientation, and academic performance. *Anxiety, Stress, and Coping*, 24(2), 167–78. doi:10.1080/10615806.2010.488723
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE--OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51–60. doi:10.1192/bjp.180.1.51
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., & De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739–751.
- Fenollar, P., Román, S., & Cuestas, P. J. P. J. (2007). University students' academic performance: an integrative conceptual framework and empirical analysis. *The British Journal of Educational Psychology*, 77(Pt 4), 873–91. doi:10.1348/000709907X189118
- Fernández, F. (2005). Terapéuticas Cognitivo-Conductuales. In J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (5ª ed., pp. 735–756). Barcelona: Masson.
- Fernández, F., & Arco, J. L. (2011). Efectos de un programa de acción tutorial entre universitarios. *Infancia y Aprendizaje*, 34(1), 109–122.
- Fernández, F., Arco, J. L., López, S., & Heilborn, V. (2011). Prevención del fracaso académico universitario mediante tutoría entre iguales. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 59–71.
- Fernández Liria, A., & García Álvarez, M. J. (2004). Medio laboral y salud mental. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Págs., 24(90), 131–141.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (1992). *Introducción a la Evaluación Psicológica*. Vol. I y II. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Fernández-Ballesteros, R., & Staats, A. W. (1992). Paradigmatic behavioral assessment, treatment, and evaluation: Answering the crisis in behavioral assessment. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14(1), 1–27.
- Fonseca, E., Paino, M., Sierra, S., Lemos, S., & Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del “Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo” (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology*, 20(3), 547–561.
- Fortes, M. A., Kouibia, A., Márquez, M. L., Palomares, A., Pasadas, M., & Rodriguez, M. L. (2010). Curso Cero en la Escuela de Arquitectura de la Universidad de Granada. In *Actas de las I Jornadas sobre Innovación Docente y Adaptación al EEES en las Titulaciones Técnicas* / (pp. 89–92). Granada.
- Furlan, L. A., Rosas, J. S., & Heredia, D. (2009). Estrategias de aprendizaje y ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 117–124.
- Furlonger, B., & Gencic, E. (2014). Comparing Satisfaction, Life-Stress, Coping and Academic Performance of Counselling Students in On-Campus and Distance Education Learning Environments. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 24(01), 76–89. doi:10.1017/jgc.2014.2
- Furnham, A. (2012). Learning style, personality traits and intelligence as predictors of college academic performance. *Individual Differences Research*, 10(3), 117–128.
- Furnham, A., Nuygards, S., & Chamorro-Premuzic, T. (2013). Personality, assessment methods and academic performance. *Instructional Science*, 41(5), 975–987. doi:10.1007/s11251-012-9259-9
- Gago, S. S. R. (2013). Evolución de los modelos metodológicos y su relación con la política educativa en España. *Educação E Pesquisa: Revista Da Faculdade de Educação Da Universidade de São Paulo*, 39(1), 227–243. doi:10.1590/S1517-97022013000100015

- Gairín, J., Muñoz, J. L., Feixas, M., & Guillamón, C. (2009). La transición secundaria-universidad y la incorporación a la universidad. La acogida de los estudiantes de primer curso. *Revista Espanola de Pedagogia*, 67, 27–44.
- Galindo, S. B., Morales, I., & Guerrero, J. (2009). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. *Clínica Y Salud*, 20(2), 177–187.
- García, J. A., Terol, M. C. ., Nieto, M., Lledó, A., Sánchez, S., Martín-Aragón, M., & Sitges, E. (2008). Uso y abuso de Internet en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 20(2), 131–142.
- García, M., Huguet, Y., Pérez, A., Gómez, L., Quintana, F., & Portal, J. M. (2014). Metodología para influir sobre la educación sexual de estudiantes de ciencias médicas. *Edumecentro*, 6(2), 142–155.
- García, R., Pérez, F., Pérez, J., & Natividad, L. A. (2012). Evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la universidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 143–154.
- Gargari, R. B., Sabouri, H., & Norzad, F. (2011). Academic procrastination: The relationship between causal attribution styles and behavioral postponement. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 5, 76–82.
- Gázquez, J. J., Pérez, M. del C., Lucas, F., & Yuste, N. (2008). Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. *Anales de Psicología*, 24(2), 327–333.
- Gębka, B. (2013). Psychological determinants of university students' academic performance: An empirical study. *Journal of Further and Higher Education*, 1–25. doi:10.1080/0309877X.2013.765945
- Gempp, R., & Avendaño, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 39–58.
- Ghudasara, S. L., Davidson, M. A, Reich, M. S., Savoie, C. V, & Rodgers, S. M. (2011). Assessing student mental health at the Vanderbilt University School of Medicine.

Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 86(1), 116–21. doi:10.1097/ACM.0b013e3181ffb056

Godin, I., Kittel, F., Coppieters, Y., & Siegrist, J. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health*, 5, 67. doi:10.1186/1471-2458-5-67

Goldberg, L. R. (1990). An alternative “description of personality”: the big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1216–29.

Gómez, A., Novalbos, J. P., & O’Ferral, C. (2011). *Consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.

Gómez, I. (2009). Actitudes matemáticas: propuestas para la transición del bachillerato a la universidad. *Educación Matemática*, 21, num3, 5–32.

Gómez Masera, R. (2012). *Evaluación de la Personalidad Eficaz en Población Universitaria*. Universidad de Huelva.

Gómez, V., De Cós, A., García, C., García, F., Ballesteros, M., & Jiménez, M. C. (2006). Trastornos adaptativos: factores estresantes en el momento actual. In *Interpsiquis 2006. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría*. on-line.

González, A., Donolo, D., Rinaudo, C., & Paoloni, V. (2011). Relaciones entre motivación, emoción y rendimiento académico en universitarios. *Estudios de Psicología*, 32(2), 257–270.

González de Rivera, J. L. (2002). *Versión española del SCL-90-R*. Madrid: TEA.

González, M. T., & Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(1), 7–18.

Gore, F. M., Bloem, P. J. N., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., ... Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years:

- a systematic analysis. *Lancet*, 377(9783), 2093–102. doi:10.1016/S0140-6736(11)60512-6
- Granados, J. A., & Hernández, L. O. (2003). Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*, 26(1), 42–50.
- Grayson, J. P. (2003). The consequences of early adjustment to university. *Higher Education*, 46, 411–429. doi:10.1023/A:1027315020856
- Guinee, J. P., & Ness, M. E. (2000). Counseling Centers of the 1990s: Challenges and Changes. *The Counseling Psychologist*, 28(2), 267–280. doi:10.1177/00110000000282006
- Gutiérrez, J. A., Montoya, L. P., Toro, B. E., Briñón, M. A., Rosas, E., & Salazar, L. E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES Medicina*, 24(1), 7–17.
- Hallett, J., Maycock, B., Kypri, K., Howat, P., & McManus, A. (2009). Development of a Web-based alcohol intervention for university students: Processes and challenges. *Drug and Alcohol Review*, 28, 31–39. doi:10.1111/j.1465-3362.2008.00008.x
- Hamamcı, Z., & Esen-Coban, A. (2010). Dysfunctional relationship beliefs of late adolescence in adjustment to university. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 300–304. doi:10.1016/j.sbspro.2010.03.014
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445–451. doi:10.1157/13086324
- Hazari, Z., Tai, R. H., & Sadler, P. M. (2007). Gender differences in introductory university physics performance: The influence of high school physics preparation and affective factors. *Science Education*, 91, 847–876. doi:10.1002/sce.20223
- Heather, N. (2011). Developing, evaluating and implementing alcohol brief interventions in Europe. *Drug and Alcohol Review*, 30(2), 138–147. doi:10.1111/j.1465-3362.2010.00267.x

- Heimberg, R. G., Eng, W., & Luterek, J. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: Teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 3, 563–581.
- Herbert, T., & Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55(4), 364–379.
- Hermida, J. (2009). The Importance of Teaching Academic Reading Skills in First-Year University Courses. *The International Journal of Research and Review*, 3, 20–30.
- Hernández, J. M., & Polo, A. (1993). Prevención del fracaso escolar en estudiantes universitarios. In F. X. Méndez, D. Maciá, & J. Olivares (Eds.), *Intervención conductual en contextos comunitarios. Programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Hewitt, N., & Gantiva, C. A. (2009). La terapia breve : una alternativa de intervención psicológica efectiva Brief therapy: an alternative for effective psychological intervention. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165–176.
- Hoschl, C., & Kozeny, J. (1997). Predicting academic performance of medical students: the first three years. *American Journal of Psychiatry*, 154(6 Suppl), 87–92.
- Huidobro, J. A., Méndez, M. A., & Serrano, M. L. (2010). Del Bachillerato a la Universidad: las Matemáticas en las carreras de ciencias y tecnología. *Aula Abierta*, 38(1), 71–80.
- Ibáñez, E. (1982). La psicopatología del procesamiento humano de información. In I. Delclaux & J. Seoane (Eds.), *Psicología cognitiva y procesamiento humano de información*. Madrid: Pirámide.
- Ineson, E. M., & Branston, C. (2006). Cross cultural change, adjustment and culture shock: UK to USA. *Tourism*, 54, 355–366.
- Irigoyen, J. J., Acuña, K. F., & Jiménez, M. Y. (2010). Análisis de competencias académicas en la formación de estudiantes en ciencias. In M. T. Fuentes, J. J. Irigoyen, & G. Mares (Eds.), *Tendencias en psicología y educación. Revisiones temáticas (vol. 1)*. México: Red Mexicana de Investigación en Psicología Educativa/Sistema Mexicano de Investigación en Psicología.

- Iruarrizaga, I., Gómez-Segura, J., Criado, T., Zuazo, M., & Sastrem, E. (2000). Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Electrónica de Motivación Y Emoción*, 2(1), 169–180.
- Izadinia, N., Amiri, M., Jahromi, R. G., & Hamidi, S. (2010). A study of relationship between suicidal ideas, depression, anxiety, resiliency, daily stresses and mental health among Tehran university students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1615–1619. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.335
- Jamelske, E. (2009). Measuring the impact of a university first-year experience program on student GPA and retention. *Higher Education*, 57, 373–391. doi:10.1007/s10734-008-9161-1
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P., & Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 21–28.
- José, M., & Aller, V. (2008). Criterios para la evaluación del sistema de apoyo y orientación al estudiante universitario : revisión y propuesta. *Revista de Educacion*, 345(1), 399–423.
- Joshanloo, M., & Nosratabadi, M. (2009). Levels of mental health continuum and personality traits. *Social Indicators Research*, 90(2), 211–224. doi:10.1007/s11205-008-9253-4
- Kegler, M. C., Escoffery, C., Bundy, L., Berg, C. J., Haardörfer, R., Yembra, D., & Schauer, G. (2012). Pilot study results from a brief intervention to create smoke-free homes. *Journal of Environmental and Public Health*, 2012. doi:10.1155/2012/951426
- Kim, J.-H., Yang, H., & Schroepel, S. (2013). A pilot study examining the effects of Kouk Sun Do on university students with anxiety symptoms. *Stress and Health : Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 29(2), 99–107. doi:10.1002/smi.2431

- Kirschner, P. A., & Karpinski, A. C. (2010). Facebook?? and academic performance. *Computers in Human Behavior*, 26, 1237–1245. doi:10.1016/j.chb.2010.03.024
- Konetes, G., & McKeage, M. (2011). The effects of social networking sites on the acquisition of social capital among college students : A pilot study. *Global Media Journal*, 11(18), 1–10.
- Koutra, A., Katsiadrami, A., & Diakogiannis, G. (2010). The effect of group psychological counselling in Greek university students' anxiety, depression, and self-esteem. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 12(2), 101–111. doi:10.1080/13642537.2010.482733
- Kulesza, M., Apperson, M., Larimer, M. E., & Copeland, A. L. (2010). Brief alcohol intervention for college drinkers: How brief is? *Addictive Behaviors*, 35(7), 730–733. doi:10.1016/j.addbeh.2010.03.011
- Labrador, F. J., Fernández-Velasco, R., & Rincón, P. P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 527–547.
- Lacina, J. G. (2002). Preparing international students for a successful social experience in higher education. *New Directions for Higher Education*, 2002(117), 21–28. doi:10.1002/he.43
- Lantarón, B. S. (2014). Los servicios de orientación profesional en las universidades españolas. *Revista de Investigación En Educación*, 12(1), 73–91.
- Laverdière, O., Gamache, D., Diguer, L., Hébert, E., Larochelle, S., & Descôteaux, J. (2007). Personality organization, five-factor model, and mental health. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(10), 819–829. doi:10.1097/NMD.0b013e318156815d
- Lepp, A., Barkley, J. E., & Karpinski, A. C. (2014). The relationship between cell phone use, academic performance, anxiety, and Satisfaction with Life in college

- students. *Computers in Human Behavior*, 31, 343–350. doi:10.1016/j.chb.2013.10.049
- Londo, C., & Vinaccia, S. (2005). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo efectivos. *Psicología Y Salud*, 15(2), 241–249.
- London Communiqué, 18 May 2007. (2007). *Towards the European Higher Education Area: responding to challenges in a globalised world*.
- Londoño, N. H., Marín, C. A., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., ... Universidad, L. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17(1), 59 – 68.
- Lopera-Echevarría, J. D. (2012). Mental health and practical wisdom. An attempt at integration in a conceptual approach. *Tesis Psicológica*, 7(1), 60–75.
- López-Sinoga, M. M., Senín, C., Mestre, D., & Marchena, E. (2014). Protocolo de actuación universitaria para la atención a los estudiantes con discapacidad reconocida como “Síndrome de Asperger.” *Maremagnum. Publicación Galega Sobre Os Trastornos Do Espectro Autista*, 18, 115–119.
- Lotkowski, V. A., Robbins, S. B., & Noeth, R. J. (2004). *The Role of Academic and Non-Academic Factors in Improving College Retention*. (ACT Policy Reports, Ed.)Office (pp. 1–31). ACT Inc.
- Lowe, H., & Cook, A. (2003). Mind the Gap: Are students prepared for higher education? *Journal of Further and Higher Education*. doi:10.1080/03098770305629
- Lozano, J. H., Gordillo, F., & Pérez, M. A. (2014). Impulsivity, intelligence, and academic performance: Testing the interaction hypothesis. *Personality and Individual Differences*, 61-62, 63–68. doi:10.1016/j.paid.2014.01.013
- Lozano, L., & García, E. (2000). El rendimiento escolar y los trastornos emocionales y comportamentales. *Psicothema*, 12(2), 340–343.

- Lucena, V., Ruiz, R., Pino, M. J., & Herruzo, J. (2013). Consumo de alcohol, tabaco y psicofármacos en jóvenes universitarios y no universitarios. *Psicología Conductual: Revista Internacional de Psicología Clínica Y de La Salud*, 21(1), 123–136.
- Mackenzie, S., Wiegel, J. R., Mundt, M., Brown, D., Saewyc, E., Heiligenstein, E., ... Fleming, M. (2011). Depression and suicide ideation among students accessing campus health care. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 101–7. doi:10.1111/j.1939-0025.2010.01077.x
- Malik, M., Nordin, N., Zakaria, A., & Sirun, N. (2013). An Exploratory Study on the Relationship between Life Satisfaction and Academic Performance Among Undergraduate Students of UiTM, Shah Alam. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 90, 334–339. doi:10.1016/j.sbspro.2013.07.099
- Mallett, K. A., Bachrach, R. L., & Turrissi, R. (2008). Are all negative consequences truly negative? Assessing variations among college students' perceptions of alcohol related consequences. *Addictive Behaviors*, 33(10), 1375–81. doi:10.1016/j.addbeh.2008.06.014
- Marchena, E., Galo, C., Hervías, F., & Rapp, C. (2008). Programa de tutorías entre iguales en la universidad de Cádiz. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 339–348.
- Marchena, E., Hervías, F., Rapp, C., Navarro, J.I., Alcalde, C., Aguilar, M., Araujo, A.M. y Villanueva, L. (2009a). Virtual resources for effective study time management. *Research, Reflections and Innovations in Integrating ICT in Education*, 3, 1486-1489.
- Marchena, E., Rapp, C., Hervías, F., Navarro, J.I., Alcalde, C., Aguilar, M., & Menacho, I. (2009b). El Servicio de Asesoramiento Psicológico (SAP) de la Universidad de Cádiz. *Acción Psicológica*, 6(1), 73–85.
- Marchena, E., Rapp, C., Araujo, A., Romero, C., Navarro, J.I., Alcalde, C., Aguilar, M. y Menacho, I. (2010a). Primeros pasos en la medición de la satisfacción del

alumno. Mentor en el proyecto compañero de la universidad de Cádiz. *Mentoring & Coaching*, 3, 43-53.

Marchena, E., Rapp, C., López, M. M., Araujo, A., Barrios, D., Romero, C. & Hervías, F. (2010b). *Proyecto Compañero V. Acogida y orientación al alumnado de primer curso en la Universidad de Cádiz. Curso 2009/2010*. Cádiz.

Marchena, E., López, M. D. M., Romero, C., Araujo, A., Barrios, D., Navarro, J. I., ... Senin, C. (2011). Programa de asesoramiento on-line en consumo responsable de alcohol. In *VIII encuentro servicios psicológicos y psicopedagógicos universitarios*. Málaga.

Marchena, E., Romero, C., Senin, C. & López, M. M. (2013). *Memoria Anual del Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica. Curso 2012/2013*. Cádiz.

Martin, J. M. (2010). Stigma and student mental health in higher education. *Higher Education Research & Development*, 29(3), 259–274. doi:10.1080/07294360903470969

Martín-Monzón, I. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 25, 87–99.

Martín, V., Fernández, D., Ordóñez, C., Molina, A. J., & Manuel, J. (2008). Valoración con tres métodos diferentes de la prevalencia de consumo de tabaco en estudiantes de primer curso de ciencias de la salud de la Universidad de León en 2006. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 221–229.

McIlveen, P., Beccaria, G., & Burton, L. J. (2013). Beyond conscientiousness: Career optimism and satisfaction with academic major. *Journal of Vocational Behavior*, 83(3), 229–236. doi:10.1016/j.jvb.2013.05.005

McKenzie, K., & Schweitzer, R. (2001). Who Succeeds at University? Factors predicting academic performance in first year Australian university students. *Higher Education Research & Development*, 20, 21–33. doi:10.1080/07924360120043621

- Medbarak, M., De Castro, A., Salamanca, M. del P., & Quintero, M. F. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología Desde El Caribe*, 23(1), 83–112.
- Mellanby, J., Zimdars, A., & Cortina-Borja, M. (2013). Sex differences in degree performance at the University of Oxford. *Learning and Individual Differences*, 26, 103–111. doi:10.1016/j.lindif.2013.04.010
- Mendoza, N. J. (2007). *Efectos de un programa social sobre el desarrollo social , los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud en población rural venezolana . Validación transcultural de la medida de salud SF-36 en población rural de Venezuela*. Universidad de Alicante.
- Micin, S., & Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29(1), 53–64.
- Miller, W. R., & Sanchez, V. C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. S. Oward & P. E. Nathan (Eds.), *Alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55–81). Notre Dame.
- Minami, T., Davies, D. R., Tierney, S. C., Bettmann, J. E., McAward, S. M., Averill, L. a., ... Wampold, B. E. (2009). Preliminary evidence on the effectiveness of psychological treatments delivered at a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 309–320. doi:10.1037/a0015398
- Miró, E., Cano-Lozano, M. C., & Buela-Casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, (14), 11–27.
- Miró, E., Iáñez, M. A., & Cano-Lozano, M. C. (2002). Patrones de sueño y salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica Y de La Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 301–326.
- Molina, A. J., Varela, V., Fernández, T., Martín, V., Ayán, C., & Cancela, J. M. (2012). Hábitos no saludables y práctica de actividad física en estudiantes universitarios

españoles: papel del género, perfil académico y convivencia. *Adicciones*, 24(4), 319–328.

Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., & Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.1), 175–181. doi:10.1157/13062523

Morais, J. P. (1993). Orientación educativa en España. Desarrollo Institucional y Legislativo. *Revista de Educación*, 300, 369–396.

Morilla, S. G., Bados, A., & Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42(2), 245–258.

Morton, S., Mergler, A., & Boman, P. (2013). Managing the Transition: The Role of Optimism and Self-Efficacy for First-Year Australian University Students. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 24(01), 90–108. doi:10.1017/jgc.2013.29

Mustaca, E. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 11–20.

Myers, L. L. (2005). Preparing Students for Early Work Conflicts. *Business Communication Quarterly*. doi:10.1177/1080569905278967

Newsome, W. S. (2004). Solution-Focused Brief Therapy Groupwork with At-Risk Junior High School Students: Enhancing the Bottom Line. *Research on Social Work Practice*, 14(5), 336–343. doi:10.1177/1049731503262134

Newsome, W. S. (2005). The Impact of Solution-Focused Brief Therapy with At-Risk Junior High School Students. *Children and Schools*, 27(2), 83–90.

Newton-Howes, G., Tyrer, P., Anagnostakis, K., Cooper, S., Bowden-Jones, O., & Weaver, T. (2010). The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(4), 453–460. doi:10.1007/s00127-009-0084-7

- Ngozi, M. (2011). Relationship between gender and university students' academic performance in arts-related subjects. *Gender & Behavior*, 9, 3701–3710.
- NHS Confederation Mental Health Network. (2012). *No health without mental health : implementation framework*. London: NHS Confederation Mental Health Network.
- Olani, A. (2009). Predicting First Year University Students' Academic Success. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7, 1053–1072.
- Olivares Rodríguez, J., Sánchez Meca, J., & Rosa Alcázar, A. (1999). Eficacia de las intervenciones conductuales en problemas de ansiedad en España. *Psicología Conductual*, 7(2), 283–300.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la Salud Mental en el Mundo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoting mental health. North Carolina medical journal* (Vol. 11). doi:10.1111/j.1466-7657.2004.00268.x
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *MhGAP Programa de Acción para superar las Brechas en Salud Mental Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales , neurológicos y por abuso de sustancias*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Salud Mental y Desarrollo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ortís, L. C., Maymí, J. N., Feliu, J. C., Vidal, J. M. L., Romero, E. P., Bassets, M. P., ... Brosa, J. V. (2007). Exercise motivation in university community members: A behavioural intervention. *Psicothema*, 19, 250–255.
- Oswalt, S. B., & Wyatt, T. J. (2011). Sexual orientation and differences in mental health, stress, and academic performance in a national sample of U.S. college students. *Journal of Homosexuality*, 58(9), 1255–80. doi:10.1080/00918369.2011.605738

- Ozer, B. U., Demir, A., & Ferrari, J. R. (2009). Exploring academic procrastination among Turkish students: possible gender differences in prevalence and reasons. *The Journal of Social Psychology*, 149, 241–257. doi:10.3200/SOCP.149.2.241-257
- Palmieri, G., Evans, C., Hansen, V., Brancaloni, G., Ferrari, S., Porcelli, P., ... Rigatelli, M. (2009). Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(5), 444–9. doi:10.1002/cpp.646
- Palombi, B. J. (2006). An alcohol treatment program for college students: Community model of inclusion in the university setting. *Professional Psychology: Research and Practice*. doi:10.1037/0735-7028.37.6.622
- Parra, E. (2010). Las redes sociales de Internet: también dentro de los hábitos de los estudiantes universitarios. *Anagramas*, 9(17), 107–116.
- Pellizzari, M., & Billari, F. C. (2012). The younger, the better? Age-related differences in academic performance at university. *Journal of Population Economics*, 25, 697–739. doi:10.1007/s00148-011-0379-3
- Pérez, F. (2012). *Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Petersen, I., Louw, J., & Dumont, K. (2009). Adjustment to university and academic performance among disadvantaged students in South Africa. *Educational Psychology*. doi:10.1080/01443410802521066
- Plata, E., Castillo, E., & Guevara, U. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 27(1), 16–23.
- Polat, F., & Jenkins, P. (2005). Provision of Counselling Services in Secondary Schools: A Survey of Local Education Authorities in England and Wales. *Pastoral Care*, (December), 17–24.

- Poporat, A. (2009). A meta-analysis of the five-factor model of personality and academic performance. *Psychological Bulletin*, 35(2), 322–338.
- Prat-Sala, M., & Redford, P. (2010). The interplay between motivation, self-efficacy, and approaches to studying. *The British Journal of Educational Psychology*, 80(Pt 2), 283–305. doi:10.1348/000709909X480563
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(07)61238-0
- Pullmann, H., & Allik, J. (2008). Relations of academic and general self-esteem to school achievement. *Personality and Individual Differences*, 45(6), 559–564. doi:10.1016/j.paid.2008.06.017
- Quintana, P. J. V., Santos, F. D., & Quintas, S. (2009). La Mentoría entre Iguales y el desarrollo de competencias. In *JIMCUE'09 - IV Jornadas Internacionales Mentoring & Coaching: Universidad – Empresa* (pp. 130–143). Madrid.
- Quintero, B., Martín, M. A., & Fuentes, J. A. (2012). Programas de Prevención de adicciones sin droga: Tecnologías de la Información y Comunicación. *Dialógica*, 9(1), 91–108.
- Ramírez, M. A. (2002). Prácticas de crianza de riesgo y problemas de conducta en los hijos. *Apuntes de Psicología*, 20(2), 7–15.
- Ramírez, P. E., & Fuentes, C. A. (2013). Felicidad y Rendimiento Académico: Efecto Moderador de la Felicidad sobre Indicadores de Selección y Rendimiento Académico de Alumnos de Ingeniería Comercial. *Formación Universitaria*, 6(3), 21–30. doi:10.4067/S0718-50062013000300004
- Rando, M. A., Cano, J., Regueiro, A. M., & Checa, M. A. (2009). El servicio de atención psicológica de la Universidad de Málaga: pasado, presente y futuro. *Acción Psicológica*, 6(1).
- Raunic, A., & Xenos, S. (2008). University Counselling Service Utilisation by Local and International Students and User Characteristics: A Review. *International*

Journal for the Advancement of Counselling, 30(4), 262–267. doi:10.1007/s10447-008-9062-0

Reig, A., Cabrero, J., Ferrer, R. I., & Richart, M. (2003). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Alicante.

Richardson, M., Abraham, C., & Bond, R. (2012). Psychological correlates of university students' academic performance: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(2), 353–87. doi:10.1037/a0026838

Roca, M., Gili, M., Garcia-Campayo, J., & García-Toro, M. (2013). Economic crisis and mental health in Spain. *The Lancet*, 382(9909), 1977–1978. doi:10.1016/S0140-6736(13)62650-1

Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389–395.

Rodríguez-Martos, A. (2002). Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones*, 14(1), 337–351.

Rohrer, J. E., Rush, J., & Blackburn, C. (2005). Lifestyle and mental health. *Preventive Medicine*, 40(4), 438–443. doi:10.1016/j.ypmed.2004.07.003

Rollnick, S., Butler, C. C., & Stott, N. (1997). Helping smokers make decisions: The enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Education and Counseling*, 31, 191–203. doi:10.1016/S0738-3991(97)01004-5

Roncero, M., Fornés, G., Soriano, G. G., & Belloch, A. (2014). Modelo de personalidad HEXACO. Relaciones con psicopatología emocional en una muestra española. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 19(1), 1–14.

Rosa-Alcázar, A. I., Parada-Navas, J. L., & Rosa-Alcázar, Á. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de Psicología*, 30(1), 133–142.

- Rosário, P., Núñez, J. C., Salgado, A., González-Pienda, J. A., Valle, A., Joly, C., & Barbardo, A. (2008). Ansiedad ante los exámenes: relación con variables personales y familiares. *Psicothema*, 20(4), 563–570.
- Rosen, W. G. (1991). Higher corticals processes. In K. DAVIS, H. KLAR, & J. T. COYLE (Eds.), *Foundations of psychiatry*. Philadelphia: Saunders.
- Rosenthal, B., & Wilson, W. C. (2008). Mental health services: Use and disparity among diverse college students. *Journal of American College Health*, 57(1), 61–67.
- Rosenthal, M. (2002). Your First Interview: For Students and Anyone Preparing to Enter Today's Tough Job Market. *Library Journal*, 127, 69.
- Rosenzweig, M. R., & Leiman, A. L. (1989). *Physiological psychology*. New York: Random house.
- Rué, J. (2013). El abandono universitario: variables, marcos de referencia y políticas de calidad. *REDU: Revista de Docencia Universitaria*, 12(2), 281-306.
- Ruiz, E., Frutos, G., García, A., Declos, J., & García, F. (2006). *La salud y sus determinantes, Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (3ª ed.). Barcelona: Masson.
- Ruiz, M. (2000). *Introducción a los modelos de ecuaciones estructurales*. Madrid: UNED.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. J., & Herruzo, J. (2010). Análisis de comportamientos relacionados con el uso/abuso de Internet, teléfono móvil, compras y juego en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 22(4), 301–310.
- Saddler, C. D., & Buley, J. (1999). Predictors of academic procrastination in college students. *Psychological Reports*, 84, 686–688. doi:10.2466/pr0.1999.84.2.686
- Saenz, T. (1999). The relationship between college experience and academic performance among minority students. *International Journal of Educational Management*. doi:10.1108/09513549910278124

- Saklofske, D. H., Austin, E. J., Mastoras, S. M., Beaton, L., & Osborne, S. E. (2012). Relationships of personality, affect, emotional intelligence and coping with student stress and academic success: Different patterns of association for stress and success. *Learning and Individual Differences*, 22(2), 251–257. doi:10.1016/j.lindif.2011.02.010
- Salamonson, Y., & Andrew, S. (2006). Academic performance in nursing students: Influence of part-time employment, age and ethnicity. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 342–349. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03863_1.x
- Sánchez, M. F., Guillamón, J. R., Ferrer, P., Villalba, E., Martín, A. M., & Pérez, J. C. (2008). Situación actual de los servicios de orientación universitaria: estudio descriptivo Current Situation of Guidance Services in Higher Education: a Descriptive Study. *Revista de Educacion*, 345, 329–352.
- Sánchez, O., Martín-Brufau, R., Méndez, F. J., Corbalán, F. J., & Limiñana, R. M. (2010). Relación entre optimismo, creatividad y síntomas psicopatológicos, en estudiantes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), 1151–1178.
- Sánchez-Alejo, F. J., Aparicio, F., Álvarez, M. A., & Galindo, E. (2010). The developing of personal and professional skills in automotive engineers through university competitions. In *2010 IEEE Education Engineering Conference, EDUCON 2010* (pp. 1491–1498). doi:10.1109/EDUCON.2010.5492350
- Sanchez-Ruiz, M.-J., Mavroveli, S., & Poullis, J. (2013). Trait emotional intelligence and its links to university performance: An examination. *Personality and Individual Differences*, 54(5), 658–662. doi:10.1016/j.paid.2012.11.013
- Santana-Vega, L. (2007). *Orientación educativa e intervención psicopedagógica*. Madrid: Pirámide.
- Sañudo, J. E. P., Domínguez, C. C. C., Gutiérrez, O. G., Gómez, M. G., & Santos, K. P. C. (2012). Relación del burnout y las estrategias de afrontamiento con el promedio académico en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 11(2), 535–544.

- Sarokhani, D., Delpisheh, A., Veisani, Y., Sarokhani, M. T., Manesh, R. E., & Sayehmiri, K. (2013). Prevalence of depression among university students: A systematic review and meta-analysis study. *Depression Research and Treatment*. doi:10.1155/2013/373857
- Saúl, L. A., López-González, M. de los A., & Bermejo, B. G. (2009). Revisión de los servicios de atención psicológica y psicopedagógica en las universidades españolas. *Acción Psicológica*, 6, 17–40.
- Schulz, B. (2008). The Importance of Soft Skills: Education beyond academic knowledge. *Nawa: Journal of Language & Communication*, 2, 146–155.
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601–630.
- Sheard, M. (2009). Hardiness commitment, gender, and age differentiate university academic performance. *The British Journal of Educational Psychology*, 79, 189–204. doi:10.1348/000709908X304406
- Siller, T. J., Rosales, A., Haines, J., & Benally, A. (2009). Development of Undergraduate Students' Professional Skills. *Journal of Professional Issues in Engineering Education and Practice*. doi:10.1061/(ASCE)1052-3928(2009)135:3(102)
- Singh, V., & Mathew, A. P. (2007). WalkMSU: an intervention to motivate physical activity in university students. In *Proceedings of ACM CHI 2007 Conference on Human Factors in Computing Systems* (Vol. 2, pp. 2657–2662). doi:10.1145/1240866.1241058
- Soares, A. P., Almeida, L., & Guisande, M. A. (2011). Ambiente académico y adaptación a la universidad: un estudio con estudiantes de 1º año de la Universidad do Minho. *Revista Iberoamericana de Psicología Y Salud*, 2(1), 99–121.

- Spada, M. M., & Moneta, G. B. (2013). Metacognitive and motivational predictors of surface approach to studying and academic examination performance. *Educational Psychology*, 1–12. doi:10.1080/01443410.2013.814196
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (2002). *STAI Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo* (6ª ed.). Madrid: TEA.
- Sprinkle, S. D., Lurie, D., Insko, S. L., Atkinson, G., Jones, G. L., Logan, A. R., & Bissada, N. N. (2002). Criterion validity, severity cut scores, and test-retest reliability of the Beck Depression Inventory-II in a university counseling center sample. *Journal of Counseling Psychology*, 49(3), 381–385. doi:10.1037//0022-0167.49.3.381
- Stephens, A., & Kivimäki, M. (2012). Stress and cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 9, 360–370. doi:10.1038/nrcardio.2012.45
- Stiles, W. B., Leiman, M., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., Barkham, M., Detert, N. B., & Llewelyn, S. P. (2006). What does the first exchange tell? Dialogical sequence analysis and assimilation in very brief therapy. *Psychotherapy Research*, 16(4), 408–421. doi:10.1080/10503300500288829
- Stringer, P., Crown, S., Lucas, C. J., & Supramaniam, S. (1977). Personality correlates of study difficulty and academic performance in university students. I. The Middlesex Hospital Questionnaire and Dynamic Personality Inventory. *The British Journal of Medical Psychology*, 50, 267–274.
- Struthers, C. W., Perry, R. P., & Menec, V. H. (2000). An Examination of the Relationship among Academic Stress, Coping, Motivation and Performance at College. *Research in Higher Education*, 41(5), 581–592.
- Sullivan, M., & Risler, E. (2002). Understanding College Alcohol Abuse and Academic Performance: Selecting Appropriate Intervention Strategies. *Journal of College Counseling*, 5, 114–123.

- Sun, R. C. F., & Hui, E. K. P. (2007). Building social support for adolescents with suicidal ideation: implications for school guidance and counselling. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35(3), 299–316. doi:10.1080/03069880701384452
- Szapocznik, J., Schwartz, S. J., Muir, J. a, & Brown, C. H. (2012). Brief Strategic Family Therapy: An Intervention to Reduce Adolescent Risk Behavior. *Couple & Family Psychology*, 1(2), 134–145. doi:10.1037/a0029002
- Tchen, G., Carter, A., Gibbons, P., & McLaughlin, P. (2001). What is the relationship between indicators of stress and academic performance in first year university students? A prospective study. *Journal of Institutional Research*, 10, 1–12.
- Tirado, R., Aguaded, J. I., & Marín, I. (2013). Incidencia de los hábitos de ocio y consumo de drogas sobre las medidas de prevención de la drogadicción en universitarios. *Educación XX1: Revista de La Facultad de Educación*, 16(2), 137–159. doi:10.5944/educxx1.16.2.2637
- Topham, P., & Moller, N. (2011). New students' psychological well-being and its relation to first year academic performance in a UK university. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(3), 196–203. doi:10.1080/14733145.2010.519043
- Valls, R., Torrego, L., Colás, P., & Ruiz, L. (2009). Prevención de la violencia de género en las universidades: valoración de la comunidad universitaria sobre las medidas de atención y prevención Gender violence prevention at the universities : assessment of the university community about attention to prev. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 64(23,1), 41–57.
- Van Der Westhuizen, S., De Beer, M., & Bekwa, N. (2011). Psychological strengths as predictors of postgraduate students' academic achievement. *Journal of Psychology in Africa*, 21(3), 473–478.
- Vázquez, F. L., & Blanco, V. (2008). Prevalence of DSM-IV Major Depression Among Spanish University Students. *Journal of American College Health*, 57(2), 165–171.


- Vega, A., & Aguaded, J. I. (2004). La educación sobre las drogas en la universidad: desde la mediación juvenil al compromiso de la comunidad universitaria. *Revista Española de Drogodependencias*, 3-4, 238–262.
- Vera-Villarroel, P., Valenzuela, P., & Abarca, O. (2005). Evaluación de una intervención conductual intensa y breve para el manejo de estados emocionales: un estudio piloto. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 121–131.
- Vidal, J., Díez, G., & Vieira, M. J. (2001). *La oferta de los servicios de orientación en las universidades españolas: innovación y ajuste a las necesidades de la comunidad universitaria*. León: Universidad de León.
- Vieira, M. J., & Vidal, J. (2006). Tendencias de la Educación Superior Europea e implicaciones para la orientación universitaria. *Revista Española de Orientación Y Psicopedagogía*, 17(1), 75–97.
- Vitasari, P., & Wahab, M. (2010). A research for identifying study anxiety sources among university students. ... *Education Studies*, 3, 189–196.
- Vitasari, P., Wahab, M. N. A., Othman, A., & Awang, M. G. (2010). The Use of Study Anxiety Intervention in Reducing Anxiety to Improve Academic Performance among University Students. *International Journal of Psychological Studies*, 2, 89–95.
- Vitasari, P., Wahab, M. N. A., Othman, A., Herawan, T., & Sinnadurai, S. K. (2010). The relationship between study anxiety and academic performance among engineering students. In *Procedia - Social and Behavioral Sciences* (Vol. 8, pp. 490–497). doi:10.1016/j.sbspro.2010.12.067
- Vladutiu, C. J., Martin, S. L., & Macy, R. J. (2011). College - or university - based sexual assault prevention programs: a review of program outcomes, characteristics, and recommendations. *Trauma, Violence & Abuse*, 12(2), 67–86. doi:10.1177/1524838010390708
- Wahlbeck, K., Anderson, P., Basu, S., McDaid, D., & Stuckler, D. (2011). *Impact of economic crises on mental health*. World Health Organization.

- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *The American Psychologist*, 66(7), 579–92. doi:10.1037/a0021769
- Wan Chik, W. Z., Salamonson, Y., Everett, B., Ramjan, L. M., Attwood, N., Weaver, R., ... Davidson, P. M. (2012). Gender difference in academic performance of nursing students in a Malaysian university college. *International Nursing Review*, 59, 387–393. doi:10.1111/j.1466-7657.2012.00989.x
- Webb, E., Ashton, C. H., Kelly, P., & Kamali, F. (1996). Alcohol and drug use in UK university students. *Lancet*, 348, 922–925. doi:10.1016/S0140-6736(96)03410-1
- Wells, A., & Papageorgiou, C. Brief cognitive therapy for social phobia: a case series. , 39 Behaviour research and therapy 713–720 (2001). doi:10.1016/S0005-7967(00)00036-X
- Wicki, M., Kuntsche, E., & Gmel, G. (2010). Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addictive Behaviors*. doi:10.1016/j.addbeh.2010.06.015
- World Federation for Mental Health. (2010). *La Salud Mental y las Enfermedades Físicas Crónicas*.. Woodbridge: WFMH ed.
- Young, C. (2009). The CORE-OM intake norms of students attending a South African university counselling service: a comparison with UK counselling service data. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37, 473–483. doi:10.1080/03069880903161377

VII. ANEXOS

VII.1 Instrumentos

ANEXO1: Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)
de Chris Evans (1998).



CORE-OM

Gydymo įstaiga:

CODIGO CLIENTE

Psicoterapeuta

Fecha

Edad

☐ Hombre
☐ Mujer

Fase actual

☐ S (screening)
☐ R Derivado
☐ A Asesoramiento
☐ F Primera sesión terapéutica
☐ P Pre-terapia
☐ O Durante terapia
☐ L Última sesión terapéutica
☐ X Seguimiento 1
☐ Y Seguimiento 2

☐ Historial psicológico

IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.

A continuaciones encontrara 34 frases. Lea cada frase y piense con que frecuencia usted se ha sentido así durante los últimos siete días. Después, marque la casilla más cercana a la respuesta que quiere dar.

Durante los siete últimos días...	Nunca	Muy poco	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No responde
1 Me he sentido completamente solo y aislado.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Me he sentido tenso, ansioso o nervioso.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 He sentido que he tenido a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Me he sentido bien conmigo mismo.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Me he sentido completamente sin energía y entusiasmo.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 Me he sentido psicológicamente violento hacia los demás.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 He pensado en hacerme daño a mí mismo.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Me ha costado hablar con la gente.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Me he sentido satisfecho con las cosas que he hecho.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Me he sentido mal con pensamientos y sentimientos involuntarios.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 He tenido ganas de llorar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

Por favor continúe en la página siguiente

4/14 (1)
© CORE System Trust: <http://www.corems.co.uk/copyright.pdf>
Página: 1

Durante los siete últimos días...		Nunca	Muy poco	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	Indeterminado
15	He sentido pánico o terror.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16	He pensado en suicidarme.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17	Me he sentido agobiado por mis problemas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18	He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19	He sentido afecto o cariño por alguien.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20	Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21	He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22	He amenazado o intimidado a otra persona.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23	Me he sentido desesperado o sin esperanza.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24	He pensado que sería mejor estar muerto.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25	Me he sentido criticado por los demás.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26	He pensado que no tengo amigos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27	Me he sentido infeliz.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28	Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29	Me he sentido irritado con otras personas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30	He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31	Me he sentido optimista con mi futuro.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32	He conseguido las cosas que quería.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33	Me he sentido humillado o avergonzado por otras personas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34	Me he hecho daño físico o he puesto en peligro mi salud.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO.

Puntuación total Puntuaciones significativas <small>(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	
	(W)	(P)	(F)	(R)	Visi	Visi minus R

ANEXO 2: Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R) de L. R. Derogatis, 1983
(adaptación española de J. L. González de Rivera et al. 2002).

SCL-90-R

INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR EL CUESTIONARIO.

- * Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.
- * En la casilla que aparece a continuación de cada frase marque su respuesta.
- * Añada a cada una de las siguientes frases una "A" si no ha tenido esa molestia en absoluto; la "B" si la ha tenido un poco presente; la "C" si la ha tenido moderadamente; la "D" si la ha tenido bastante y la "E" si la ha tenido mucho o extremadamente.

¿Le ha sucedido en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy?

A = Nada en absoluto, B = Un poco, C = Moderadamente, D = Bastante, E = Mucho o extremadamente

1. Dolores de cabeza.	
2. Nerviosismo o agitación interior.	
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente.	
4. Sensaciones de desmayo o mareo.	
5. Pérdida de deseo o de placer sexual.	
6. El hecho de juzgar a otros negativa o críticamente.	
7. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos.	
8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás.	
9. La dificultad para recordar las cosas.	
10. Preocupaciones por la falta de aseo personal, el descuido o la desorganización.	
11. Sentirse fácilmente irritado o enfadado.	
12. Dolores en el corazón o en el pecho.	
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle.	
14. Sentirse bajo de energías o decaído.	
15. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida.	
16. Oír voces que otras personas no oyen.	
17. Temblores.	
18. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas.	
19. Falta de apetito.	
20. Llorar fácilmente.	
21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto.	
22. La sensación de estar atrapado o como encerrado.	
23. Tener miedo de repente y sin razón.	
24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.	
25. Miedo a salir de casa solo.	
26. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa.	
27. Dolores en la parte baja de la espalda.	
28. Sentirse incapaz de lograr hacer las cosas.	
29. Sentirse solo.	
30. Sentirse triste.	
31. Preocuparse demasiado por las cosas.	
32. No sentir interés por las cosas.	
33. Sentirse temeroso.	
34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad.	
35. La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos.	
36. La sensación de que los demás no le comprenden o le hacen caso.	
37. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta.	
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.	
39. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa.	

A = Nada en absoluto, B = Un poco, C = Moderadamente, D = Bastante, E = Mucho o extremadamente

40. Nauseas o malestar en el estómago.	
41. Sentirse inferior a los demás.	
42. Dolores musculares.	
43. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted.	
44. Dificultad para conciliar el sueño.	
45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace.	
46. Encontrar difícil el tomar decisiones.	
47. Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes.	
48. Dificultad para respirar.	
49. Sentir calor o frío de repente.	
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.	
51. Que se le quede la mente en blanco.	
52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.	
53. Sentir un nudo en la garganta.	
54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.	
55. Tener dificultades para concentrarse.	
56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.	
57. Sentirse tenso o agitado.	
58. Pesadez en los brazos o en las piernas.	
59. Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir.	
60. El comer demasiado.	
61. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.	
62. Tener pensamientos que no son suyos.	
63. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.	
64. Despertarse de madrugada.	
65. Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, lavar, contar etc...	
66. Sueño inquieto o perturbado.	
67. Tener ganas de romper algo.	
68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten.	
69. Sentirse muy cohibido entre otras personas.	
70. Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc...	
71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.	
72. Ataques de terror o pánico.	
73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público.	
74. Tener discusiones frecuentes.	
75. Sentirse nervioso cuando se queda solo.	
76. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros.	
77. Sentirse solo aunque esté con más gente.	
78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.	
79. La sensación de ser inútil o no valer para nada.	
80. Presentimientos de que va a pasar algo malo.	
81. Gritar o tirar cosas.	
82. Tener miedo de desmayarse en público.	
83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara.	
84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante.	
85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados.	
86. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo.	
87. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.	
88. No sentirse cercano o íntimo con nadie.	
89. Sentimiento de culpabilidad.	
90. La idea de que algo anda mal en su mente.	

Ha terminado Vd. Muchas gracias

ANEXO 3: Inventario de Personalidad NEO-FFI, de Paul T. Costa y Robert R. McCrae, 1992 (versión española de Agustín Cordero, Antonio Pamos y Nicolás Seisdedos, 2008).

<p style="text-align: center;">NEO FFI P.T.Costa, Jr y R.R: McCrae</p> <p style="text-align: center;">Instrucciones</p> <p>Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar a marcar bien sus respuestas.</p> <p>Este cuestionario consta de 60 frases. Lea cada frase con atención y marque la alternativa (A a E) que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con ella. Señale:</p> <p>A. Si la frase es completamente falsa, si está en total desacuerdo con ella. B. Si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella. C. Si la frase es tan cierta como falsa, si no puede decidirse, o si usted se considera neutral en relación con lo que se dice en ella. D. Si la frase es frecuentemente cierta, si usted está de acuerdo con ella. E. Si la frase es completamente cierta, si esta totalmente de acuerdo con ella.</p> <p>Vea los ejemplos (E1 y E2) que viene aquí debajo y como se han contestado.</p> <table><tr><td>E1. Me gustaría pilotar una nave espacial</td><td>A B C D E</td></tr><tr><td>E2. A la hora de vestir prefiero los tonos oscuros</td><td>A B C D E</td></tr></table> <p>La persona que ha contestado a estos ejemplos ha indicado que está en total desacuerdo (letra A) con la frase E1, porque no le gustaría nada pilotar una nave espacial, y está de acuerdo con la frase E2, porque frecuentemente prefiere los tonos oscuros para vestir (letra D).</p> <p>Por tanto, no hay respuestas "correctas" o "incorrectas". Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible.</p> <p>Dé una de esta respuesta a todas las frases. Asegúrese de que marca cada respuesta en la línea correspondiente a la misma frase y en la opción que mejor se ajuste a su manera de ser.</p> <p>No olvide anotar sus datos personales en la parte superior antes de contestar las frases.</p> <p style="text-align: right;">1</p>	E1. Me gustaría pilotar una nave espacial	A B C D E	E2. A la hora de vestir prefiero los tonos oscuros	A B C D E
E1. Me gustaría pilotar una nave espacial	A B C D E			
E2. A la hora de vestir prefiero los tonos oscuros	A B C D E			

A = En total desacuerdo B = En desacuerdo C = Neutral D = De acuerdo E = Totalmente de acuerdo	A	B	C	D	E
1. A menudo me siento inferior a los demás.					
2. Soy una persona alegre y animosa.					
3. A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.					
4. Tiendo a pensar lo mejor de la gente.					
5. Parece que nunca soy capaz de organizarme.					
6. Rara vez me siento con miedo o ansioso/a.					
7. Disfruto mucho hablando con la gente.					
8. La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.					
9. A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.					
10. Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de una forma ordenada.					
11. A veces me viene a la mente pensamientos aterradoros.					
12. Disfruto en las fiestas que hay mucha gente.					
13. Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.					
14. A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.					
15. Trabajo mucho para conseguir mis metas.					
16. A veces me parece que no valgo absolutamente nada.					
17. No me considero especialmente alegre.					
18. Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza.					
19. Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.					
20. Tengo mucha auto-disciplina.					
21. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.					
22. Me gustaría tener mucha gente alrededor.					
23. Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.					
24. Cuando me han ofendido, lo que intentó es perdonar y olvidar.					
25. Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.					
26. Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.					
27. No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.					
28. Tengo mucha fantasía.					
29. Mi primera reacción es confiar en la gente.					

A = En total desacuerdo B = En desacuerdo C = Neutral D = De acuerdo E = Totalmente de acuerdo	A	B	C	D	E
30. Traté de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.					
31. A menudo me siento tenso/a o inquieto/a.					
32. Soy una persona muy activa.					
33. Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.					
34. Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.					
35. Me esfuerzo en llegar a la perfección en todo lo que hago.					
36. A veces me he sentido amargado y resentido.					
37. En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.					
38. Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.					
39. Tengo mucha fe en la naturaleza humana					
40. Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.					
41. Soy bastante estable emocionalmente.					
42. Huyo de las multitudes.					
43. A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y técnicas.					
44. Trato de ser humilde.					
45. Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.					
46. Rara vez estoy triste o deprimido.					
47. A veces reboso felicidad.					
48. Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.					
49. Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.					
50. En ocasiones primero actúo y luego pienso.					
51. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.					
52. Me gusta estar donde está la acción.					
53. Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.					
54. Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.					
55. Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.					
56. Es difícil que yo pierda los estribos.					
57. No me gusta mucho charlar con la gente.					
58. Rara vez experimento emociones fuertes.					
59. Los mendigos no me inspiran simpatía.					
60. Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer.					

ANEXO 4: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch, y R.E. Lushene.

N.º 124

STAI

AUTOEVALUACION A (E/R)

A / E	PD = 30 +	—	—
A / R	PD = 21 +	—	—

Apellidos y nombre Edad Sexo
Centro Curso/Puesto Estado civil
Otros datos Fecha

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Ud. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Autor: C.D. Spielberger.

Copyright © 1968 by Consulting Psychologists Press, Inc. (Palo Alto, California, U.S.A.).

Copyright © 1992 by TEA Ediciones, S.A. - Editor: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Esta ejemplar está impreso en tinta azul. Si se presentan otros en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la protección y en el propio interés, NO LA CITE/USE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campana; Deganze, 15 dpco.; 28032 MADRID - Depósito legal: M - 39635 - 1992

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

ANEXO 5: Escala de Clasificación Social de M. Graffar.

A continuación encontrará una serie de preguntas referidas a su círculo familiar. Por favor, responda con sinceridad, asegurando que no deja ningún campo sin contestar.

		Padre	Madre
PROFESIÓN	Universitario (licenciado, diplomado)		
	Técnico (F.P., Ciclo Formativo Superior...)		
	Empleado (Sector Servicios)		
	Obrero Especializado		
	Obrero No Especializado		
NIVEL DE ESTUDIOS	Universitario		
	Secundaria completa		
	Secundaria Incompleta		
	Alfabetizado (cursado al menos hasta 6º de E.G.B. o Primaria)		
	Analfabeto (sin llegar hasta 6º de E.G.B. o Primaria)		
FUENTES DE INGRESO FAMILIAR	Rentas (fortuna heredada o adquirida)		
	Ganancias (honorarios, empresarios, profesiones liberales...)		
	Sueldo (remuneración mensual, empleados, trabajo fijo/indefinido...)		
	Salario (remuneración semanal por tareas. Pequeño negocio, trabajo eventual...)		
	Prestaciones/Ayudas (otorgadas por organismos)		
CONDICIONES DE VIVIENDA FAMILIAR	Óptimas Condiciones en Ambiente de Lujo (urbanizaciones elegantes, ambientes espaciosos)		
	Óptimas Condiciones Sanitarias Sin Lujo (urbanizaciones residenciales, ambientes espaciosos)		
	Buenas Condiciones Sanitarias (zonas residenciales, industriales, espacios reducidos)		
	Deficiencia de Algunas Condiciones Sanitarias (urbanización de interés social, barrios obreros)		
	Inadecuadas Condiciones Sanitarias (barrios marginales, viviendas rurales en malas condiciones, damnificados)		

Anexo 6: Ficha de recogida de Datos Sociodemográficos y Académicos (Pretest)

Código de Alumno:	
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Nombre:	Apellidos:
D.N.I.:	Fecha de Nacimiento:
Género: : <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nacionalidad:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
Domicilio durante el curso:	
¿Con quién vives durante el curso? <input type="checkbox"/> Domicilio Familiar <input type="checkbox"/> Piso Compartido <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Otro	
Teléfono de contacto:	e-mail:
¿Estás trabajando actualmente?	
<input type="checkbox"/> No trabajo <input type="checkbox"/> En paro <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Contrato Prácticas <input type="checkbox"/> Becario	
DATOS DE ACCESO A LA UNIVERSIDAD	
Modo de acceso a la Universidad: <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> F.P.	
¿Has repetido algún curso en E.S.O. o bachillerato/ F.P.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No ¿Cuántas veces?	
Nota media de selectividad:	Nota media de acceso a la Universidad:
¿En qué posición eligió en la preinscripción la titulación que cursa? 1ª 2ª 3ª 4ª	
DATOS ACADÉMICOS	
Facultad:	
Titulación:	
Año de inicio:	Curso:
Carga lectiva actual (nº de créditos matriculados):	
Carga lectiva superada (nº de créditos aprobados):	
¿Tiene alguna otra titulación? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
¿Ha cambiado alguna vez de facultad, carrera, titulación o especialidad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál?	
¿Por qué motivo?	
¿Ha dejado alguna vez los estudios? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
¿Cuándo?	
¿Por qué motivo? <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cuestiones Personales <input type="checkbox"/> Problemas de Salud <input type="checkbox"/> Otros	
OTROS DATOS	
¿Ha recibido atención psicológica en algún momento de su vida? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
¿Dónde la recibió?	
¿Por qué motivo solicitó la atención psicológica?	
¿Cuándo fue?	
¿Durante cuánto tiempo la recibió?	
¿Quedó satisfecho/a con los resultados obtenidos en dicha atención psicológica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
En caso de necesitar asesoramiento durante sus estudios universitarios, ¿acudiría al Servicio de Atención Psicológica de la UCA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	

**Compruebe que no ha dejado ningún campo sin contestar.
¡¡MUCHAS GRACIAS POR TU INESTIMABLE COLABORACIÓN!!**

En todo momento se garantiza la confidencialidad absoluta de todos los datos que aporte, utilizando dicha información única y exclusivamente con fines científicos y/o de investigación.

Anexo 7: Ficha de recogida de Datos Académicos (Postest).

Código de Alumno:						
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS						
Nombre:			Apellidos:			
D.N.I.:			Edad:			
DATOS ACADÉMICOS						
¿A cuántas asignaturas te has presentado en la Convocatoria de Febrero?:						
¿A cuántos créditos te has presentado en la Convocatoria de Febrero?:						
¿Cuántas asignaturas has aprobado en la Convocatoria de Febrero?:						
¿Cuántos créditos has aprobado en la Convocatoria de Febrero?:						
¿Cuál ha sido la calificación obtenida en esas asignaturas?:						
Asignatura 1:		Asignatura 2:		Asignatura 3:		
Asignatura 4:		Asignatura 5:		Asignatura 6:		
OTROS DATOS DE INETERÉS						
¿Cómo valorarías tu adaptación al entorno universitario? Rodea con un círculo la alternativa que mejor se ajuste a tu situación.						
1	2	3	4	5	6	7
Muy Mala	Mala	Regular	Normal	Buena	Muy Buena	Excelente
¿Has encontrado alguna dificultad o problema en tu adaptación al entorno universitario?						
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No						
En caso afirmativo, ¿podrías describir en qué ha consistido dicha dificultad?						

A continuación señala aquellas afirmaciones con las que se sienta identificado/a actualmente indicando desde cuándo las experimenta:

NECESIDADES PSICOLÓGICAS

SENTIMIENTOS	SI	NO	Duración en meses	RELACIONES INTERPERSONALES	SI	NO	Duración en meses
Me siento bien conmigo mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Me siento rechazado/a por los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me siento irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tengo dificultades para pedir lo que necesito o quiero a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me siento ansioso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tengo problemas al hacer o mantener amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me siento fuera de control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tengo dificultades para relacionarme con las personas que me atraen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me siento solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Me preocupan temas de mi vida sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me siento bajo de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tengo problemas con mi pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me siento desesperanzado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tengo problemas con gente de mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me siento indefenso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tengo dificultades al tratar con profesores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me siento culpable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
PENSAMIENTOS				NECESIDADES ACADÉMICAS			
Me cuesta mucho tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tengo dificultades en distribuir mi tiempo de estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
He pensado en suicidarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tengo problemas en organizar mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pienso que me falta motivación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Creo que necesito mejorar mis técnicas de estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tengo pensamientos que no puedo controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Estudio y hago las tareas, pero siento que no aprendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le doy vueltas en exceso a las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Me distraigo con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
He pensado en herir a alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Falto a clase frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONDUCTAS				Me siento muy nervioso al hacer los exámenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frecuentemente lloro sin ninguna razón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Me siento incapaz de hablar en público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tengo dificultad para superar una experiencia difícil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Me superan las responsabilidades que tengo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tengo dificultad en expresar mis sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pienso que soy demasiado perfeccionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me cuesta conciliar el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Me falta motivación para seguir con la carrera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me comporto agresivamente y no lo puedo controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		NECESIDADES EN SU VIDA VOCACIONAL/PROFESIONAL			
Apenas me alimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Me preocupa la elección de las asignaturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Como en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Me preocupa la elección de la especialidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me preocupa mi consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Estoy pensando en cambiar de especialidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consumo drogas con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Estoy pensando en cambiar de titulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me preocupa mi consumo de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Estoy preocupado/a por mi futuro profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Díganos 3 características de su forma de ser con las que esté satisfecho/a:

- 1-
- 2-
- 3-

Díganos 3 características de su forma de ser con las que no esté satisfecho/a:

- 1-
- 2-
- 3-

Explica brevemente en qué consiste su problema o dificultad

Indica en la siguiente escala (de 1 a 9) con cuánta intensidad te ocurre dicho problema.

Mínimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Máximo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Especifica qué objetivos pretende conseguir con el asesoramiento

- 1-
- 2-
- 3-

Especifica el nivel de compromiso (de 1 a 9) que está dispuesto a realizar y justifícalo

Mínimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Máximo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Justificación:

Disponibilidad para las citas de Atención Individual: (Preferentemente las citas se proporcionan martes y jueves)

Días	Martes	Viernes	Otro	Especificar	Horas	10:00	12:00	Otra	Especificar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Ha recibido atención psicológica anteriormente? ☐ No ☐ Si

¿Dónde la ha recibido?

¿Cuándo? ¿Durante cuánto tiempo?

¿Por qué la recibió?

¿Padece alguna enfermedad?

¿Ha recibido alguna vez tratamiento farmacológico? ☐ No ☐ Si

¿De qué medicamento se trataba?

¿Cuándo lo recibió? ¿Durante cuánto tiempo?

Yo , con DNI

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que los datos aquí expuestos son verdaderos.

Y para que conste y surta los efectos oportunos en el Servicio de Atención Psicológica y Pedagógica de la Universidad de Cádiz, firmo la presente en a de de

Fdo:

Toda la información facilitada en este cuestionario así como en la atención individual, recibirá un trato totalmente confidencial por parte del personal que forma el Servicio de Atención Psicológica y Pedagógica (SAP). Sólo se utilizará con fines de investigación o en beneficio del solicitante.

ANEXO 9: Contrato de Acogida de los Usuarios del S.A.P.

Bienvenido al Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica (SAP/SAD) de la UCA

El SAP ofrece diversos servicios de asesoramiento psicopedagógico a la comunidad Universitaria, sobre aspectos de su vida personal y **académica que le preocupen. El carácter del servicio es gratuito.**

¿Qué puedo esperar de los servicios del SAP?

Asesoramiento e intervenciones breves Psicopedagógicas, tanto individual como grupal, en el que profesionales cualificados analizarán y valorarán, junto con los implicados, aquellas preocupaciones, dificultades o barreras que el individuo demande, persiguiendo el bienestar psicológico del usuario.

Límites del Servicio

Intervenciones más prolongadas de tiempo en problemas psicopatológicos y/o psiquiátricos severos, así como evaluaciones psicológicas con fines administrativos, judiciales o laborales. Los usuarios que demanden o soliciten este tipo de servicios serán informados sobre los mismos, y en su caso, derivados a otros recursos especializados tanto internos como externos a la Universidad.

Confidencialidad

Toda la información expresada por los usuarios es **totalmente confidencial**. No podremos garantizar confidencialidad en los casos en que exista peligro para la vida de la persona o de terceros, sospecha de abusos o maltrato físico y/o psicológico, y/o mandato judicial. No obstante algunos datos globales pueden ser utilizados como material de publicaciones o de proyectos de investigación, siempre y cuando la intimidad de los sujetos quede garantizada en todo momento.

Responsabilidad del usuario

Es fundamental **el compromiso personal y la sinceridad**. Su mayor responsabilidad es trabajar fuera de las sesiones los objetivos que se le proponga. Este esfuerzo puede incluir revisar el material trabajado en las sesiones, prestar atención a las conductas que se quieren modificar, o trabajar en las tareas asignadas como llevar un diario de trabajo, leer algún libro o artículo recomendado, o practicar una nueva habilidad. Es importante que el usuario sea **activo, abierto y honesto**. Es necesaria la **asistencia puntual y regular a las sesiones**, debiendo avisar con 24 horas de antelación si no puede acudir a la misma. Se les pide a los usuarios que **respeten las infraestructuras y a los profesionales**. Así mismo le rogamos que, como medio de comunicación más efectivo y seguro, **dispongamos del correo de la UCA** como medio de contacto, evitando aquellos correos de otros servidores (sea Hotmail, msn, etc.) Por último los usuarios deberán aceptar las normas y los límites de los servicios ofrecidos por el SAP.

Entiendo que puedo **solicitar una copia** de este documento después de firmarlo. Al firmar abajo, reconozco que he leído y entendido esta Autorización. Si tiene alguna duda, por favor pregunte al profesional que le atiende. **MUCHAS GRACIAS.**

D/Dña.

Acepta los puntos que se establecen en este contrato y la prestación que el SAP le ofrece.

Firma:

Fecha:

LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

ANEXO 10: Entrevista semiestructurada utilizada en la primera sesión presencial (adaptada de Fernández Ballesteros, 1992).

Nombre del
entrevistador Fecha:

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos:

Contrastar otros datos personales con datos de la ficha de acogida

Estatura: Peso: Utiliza gafas: Sí No

Consideraciones sobre la presentación y el contacto durante la entrevista:

DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA

1. ¿Podrías describirme, cuál ha sido el **motivo** por el que has solicitado ayuda? ¿Qué te pasa? (hace, siente y piensa):

HISTORIA DEL PROBLEMA

2. ¿Cuándo apareció el problema por *primera vez*?

3. Háblame un poco de aquella época ¿qué hacías por aquel entonces? (buscar sucesos estresantes)

4. ¿Con qué frecuencia/intensidad te ocurre este problema?

5. ¿Ocurre, especialmente, en alguna/s situación/es?

6. Desde entonces, ¿se ha agravado el problema?

7. ¿En algún momento se ha producido alguna mejoría?

8. ¿A qué crees que se debe el problema?

Es probable que sientas determinadas respuestas fisiológicas de forma más o menos automática. Voy a leer algunas frases, dime si te ocurren, y en caso afirmativo, con qué nivel de frecuencia (de 0 = nunca, a 4 = muchísimo):

Respuestas internas (psicofisiológicas)	Frecuencia (0-4)	Respuestas internas (pensamientos)	Frecuencia (0-4)
Sudo Me late fuerte el corazón Me siento enrojecer Siento tensión muscular No paro de moverme Tengo un nudo en el estómago Respiro agitadamente Tiemblo		Me encuentro solo/a A nadie le importo Soy un desastre No me controlo Asusto a la gente Me voy a desmayar	

9. Aparte del problema que comentas ¿presentas alguna otra situación problemática o manifestación que te parezca anormal?

10. ¿Has tenido a lo largo de tu vida otros problemas psicológicos? Si es así, descríbelos y di en qué momentos y situaciones de su vida aparecieron:

Año	Acontecimiento

ANTECEDENTES MÉDICOS (mirar consumo de drogas en ficha de acogida y preguntar)

11. A lo largo de tu vida ¿has padecido algún problema médico significativo?
Problemas en el nacimiento, infancia, adolescencia, juventud...

12. ¿Qué medicamentos toma y con qué frecuencia?

13. ¿Consumes alcohol u otras drogas? ¿Con qué frecuencia?

ANTECEDENTES PSICOSOCIALES

Me gustaría conocer cuál es tu situación familiar

14. Condiciones familiares (genograma) ☐ Varón. ☐ Mujer. ☒ Fallecimiento.
☐ Embarazo. ☒ Aborto espontáneo. ☐ Aborto inducido.

INFANCIA:

15. ¿Cómo te describirías en tu niñez?
16. ¿Y en la adolescencia y juventud?
17. ¿Cómo era el ambiente en casa?
18. ¿Te llevabas bien con tus padres?
19. ¿Cómo era la relación con tus hermanos?

CONDICIONES FAMILIARES

20. Repercusión del problema en la familia (qué hacen, piensan o dicen). ¿Saben que has solicitado apoyo Psicológico o Psicopedagógico?
21. ¿Te sientes apoyado/a por ellos?
22. ¿Hay alguien en tu familia que haya tenido alguna enfermedad mental?

HISTORIA DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

23. ¿Cuáles han sido, en tus diferentes estudios, los centros de enseñanza a los que asististe? ¿Podrías indicarnos tu nivel de satisfacción con tus compañeros/as, profesores y estudios en general (0-5)?

Estudios	Centro	Fecha	Relaciones con los compañeros/as y profesores/as 0 a 5
Primaria/Bachillerato Otros (ej. FP...) Universidad/Facultad Postgrado		

- 24. ¿Cuántas horas al día dedicas al estudio?
- 25. ¿Cuáles son tus metas/expectativas a corto plazo?
- 26. ¿Tienes algún sitio especial para estudiar?
- 27. ¿Quién es tu tutor o referente en tu centro?

HISTORIA LABORAL (si procede)

- 28. ¿Podrías describirnos los trabajos que has tenido?
- 29. ¿Te llevabas bien con tus compañeros/as? ¿Y con los jefes?
- 30. ¿Has tenido alguna dificultad o mala experiencia en algún trabajo?

HISTORIA PSICOSEXUAL

(Si procede) Me gustaría que habláramos de sus relaciones sexuales:

- 31. ¿A qué edad tuviste tu primera relación de pareja estable?
- 32. ¿Y tu primera experiencia sexual?
- 33. ¿Ha tenido relaciones sexuales no deseadas?

Pareja actual:

- 34. ¿Tienes pareja? ¿Cuánto tiempo lleváis juntos?
- 35. ¿Cómo es la relación?
- 36. ¿Te sientes apoyado por él/ella?

PERSONALIDAD

- 37. ¿Cómo describirías tu forma de ser?
- 38. ¿Cómo te llevas con la gente? ¿Eres una persona confiada?
- 39. ¿Haces amigos fácilmente? ¿Tienes muchos amigos?
- 40. En general ¿te sientes cómodo/a en situaciones sociales?
- 41. ¿Expresas tus sentimientos, opiniones y deseos fácilmente?

42. ¿Dependes mucho de los demás?

43. ¿Eres una persona muy emotiva? Por lo general, ¿te consideras emocionalmente estable?

44. ¿Eres una persona muy exigente en el trabajo o en casa? (valorar el orden)

INTERESES, ENTRETENIMIENTOS, VALORES.

Me gustaría saber algo más sobre tus intereses, entretenimientos, costumbres...

45. ¿Cómo es un día típico en tu vida? (incluye despertar y levantarse, rutinas diarias)

46. ¿Qué te gusta hacer en tus ratos libres?

47. ¿Cuál fue el último libro que leíste?

48. ¿Cuál fue la última película que viste?

49. ¿Qué tipo de música te gusta?

50. ¿Tienes animales?

51. ¿Realiza algún tipo de actividad física regular?

52. ¿Qué valores crees que son importantes?

53. ¿Eres una persona religiosa?

ANEXO 11: Ficha de Seguimiento de Sesiones.

Sesión n°:

Fecha:

Hora de inicio/ finalización:

Entrevistador/a:

Observaciones:

Tareas pendientes:

Sesión n°:

Fecha:

Hora de inicio/ finalización:

Entrevistador/a:

Observaciones:

Tareas pendientes:

ANEXO 12: Cuestionario de Satisfacción de los Usuarios del S.A.P.

**Cuestionario de Valoración del Servicio de Atención Psicológica y
Psicopedagógica**

A través del siguiente cuestionario, queremos conocer el grado de satisfacción de los usuarios/as con la atención recibida en nuestro Servicio (SAP). Marca con una X donde corresponda.

	Bastante Satisfactorio	Satisfactorio	Mejorable	No satisfactorio
Información recibida				
Materiales ofrecidos				
Respuesta a mis expectativas				
Calidad del profesional				
Calidad del servicio				

Mediante este Buzón virtual de la Universidad de Cádiz puede realizar Sugerencias y/o Felicitaciones al SAP. <https://buzon.uca.es/cau/index.do>

Otras Observaciones:

VII.2. Tablas complementarias

ANEXO A: Correlaciones de Spearman entre las variables de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL90 en el Pretest, respecto a la Población Total

	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI E	STAI R	SCL90 Som.	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host	SCL90 A.Fób.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
CORE W	1	,824**	,719**	,384**	,884**	,891**	,641**	,735**	,478**	,588**	,567**	,747**	,571**	,462**	,345**	,363**	,539**	,682**
CORE P		1	,742**	,511**	,948**	,948**	,654**	,742**	,581**	,653**	,617**	,736**	,657**	,526**	,450**	,449**	,602**	,757**
CORE F			1	,479**	,895**	,896**	,624**	,698**	,447**	,624**	,682**	,677**	,530**	,516**	,372**	,471**	,663**	,690**
CORE R				1	,556**	,514**	,337**	,440**	,301**	,381**	,426**	,424**	,395**	,521**	,258**	,365**	,469**	,471**
CORE Visi					1	,998**	,689**	,787**	,550**	,684**	,686**	,781**	,642**	,559**	,435**	,476**	,670**	,781**
CORE Visi-R						1	,693**	,786**	,552**	,684**	,683**	,779**	,641**	,545**	,434**	,472**	,662**	,778**
STAI E							1	,678**	,415**	,574**	,479**	,598**	,578**	,378**	,341**	,331**	,480**	,605**
STAI R								1	,508**	,693**	,672**	,784**	,978**	,525**	,430**	,458**	,616**	,771**
SCL90 Som.									1	,597**	,538**	,612**	,695**	,540**	,510**	,480**	,541**	,760**
SCL90 Obs.										1	,684**	,772**	,691**	,535**	,504**	,524**	,658**	,845**
SCL90 S.Inter											1	,741**	,600**	,568**	,519**	,645**	,729**	,833**
SCL90 Dep.												1	,718**	,603**	,522**	,581**	,737**	,909**
SCL90 Ans.													1	,595**	,529**	,540**	,634**	,839**
SCL90 Host														1	,377**	,562**	,592**	,695**
SCL90 A.Fób.															1	,416**	,457**	,630**
SCL90 Id. Par																1	,658**	,703**
SCL90 Psic.																	1	,806**
SCL90 I.G.S.																		1

**La correlación es significativa a un nivel 0.01 (bilateral)

ANEXO B: Correlaciones de Spearman entre las variables de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL90 en el Pretest, respecto al Grupo Experimental

	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI E	STAI R	SCL90 Som.	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host	SCL90 A.Fób.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
CORE W	1	,758**	,534**	,288	,798**	,801**	,619**	,683**	,449**	,590**	,424**	,671**	,537**	,402**	,288	,299	,403**	,619**
CORE P		1	,459**	,326*	,800**	,811**	,776**	,731**	,557**	,519**	,415**	,514**	,602**	,314*	,294	,256	,313*	,560**
CORE F			1	,393**	,855**	,847**	,485**	,561**	,098	,376*	,620**	,520**	,184	,341*	,157	,479**	,559**	,436**
CORE R				1	,480**	,404**	,378*	,320*	-,122	,192	,270	,259	,072	,471**	,084	,238	,361*	,218
CORE Visi					1	,993**	,722**	,747**	,324*	,530**	,605**	,644**	,384*	,440**	,262	,450**	,547**	,587**
CORE Visi-R						1	,735**	,743**	,358*	,515**	,585**	,624**	,392**	,411**	,246	,443**	,512**	,575**
STAI E							1	,553**	,460**	,424**	,423**	,439**	,476**	,387*	,263	,412**	,307*	,488**
STAI R								1	,462**	,602**	,577**	,723**	,647**	,531**	,456**	,472**	,591**	,774**
SCL90 Som.									1	,561**	,403**	,451**	,669**	,285	,519**	,285	,361*	,697**
SCL90 Obs.										1	,626**	,637**	,529**	,378*	,485**	,451**	,558**	,802**
SCL90 S.Inter											1	,538**	,354*	,470**	,427**	,610**	,748**	,738**
SCL90 Dep.												1	,596**	,471**	,471**	,559**	,706**	,827**
SCL90 Ans.													1	,397**	,593**	,437**	,502**	,730**
SCL90 Host.														1	,239	,563**	,585**	,575**
SCL90 A.Fób.															1	,308*	,552**	,640**
SCL90 Id. Par																1	,731**	,670**
SCL90 Psic.																	1	,805**
SCL90 I.G.S.																		1

*La correlación es significativa a un nivel 0,05 (bilateral) **La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

ANEXO C: Correlaciones de Spearman entre las variables de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL90 en el Pretest, respecto al Grupo Control

	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI E	STAI R	SCL90 Som.	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host	SCL90 A.Fób.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
CORE W	1	,812**	,699**	,379**	,877**	,885**	,601**	,702**	,451**	,519**	,534**	,713**	,531**	,429**	,290**	,325**	,490**	,637**
CORE P		1	,723**	,508**	,945**	,944**	,604**	,700**	,552**	,590**	,587**	,707**	,615**	,495**	,406**	,420**	,560**	,718**
CORE F			1	,480**	,884**	,885**	,588**	,660**	,445**	,571**	,655**	,635**	,507**	,474**	,329**	,412**	,619**	,652**
CORE R				1	,555**	,515**	,312**	,428**	,331**	,372**	,417**	,424**	,408**	,513**	,248**	,365**	,469**	,472**
CORE Visi					1	,998**	,645**	,750**	,538**	,622**	,654**	,746**	,612**	,525**	,388**	,432**	,622**	,742**
CORE Visi-R						1	,649**	,750**	,538**	,621**	,652**	,744**	,609**	,512**	,387**	,428**	,614**	,738**
STAI E							1	,649**	,362**	,505**	,445**	,546**	,539**	,320**	,290**	,271**	,417**	,548**
STAI R								1	,472**	,636**	,647**	,752**	,642**	,475**	,379**	,413**	,557**	,727**
SCL90 Som.									1	,573**	,527**	,609**	,669**	,540**	,479**	,479**	,534**	,757**
SCL90 Obs.										1	,658**	,732**	,648**	,504**	,455**	,491**	,601**	,813**
SCL90 S.Inter											1	,737**	,598**	,557**	,491**	,627**	,707**	,835**
SCL90 Dep.												1	,696**	,586**	,481**	,551**	,685**	,896**
SCL90 Ans.													1	,583**	,479**	,529**	,607**	,822**
SCL90 Host.														1	,346**	,533**	,560**	,685**
SCL90 A.Fób.															1	,390**	,405**	,597**
SCL90 Id. Par																1	,618**	,692**
SCL90 Psic.																	1	,772**
SCL90 I.G.S.																		1

**La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

ANEXO D: Correlaciones de Spearman entre las variables de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL90 en el Pretest, respecto al Grupo Subclínico

	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI E	STAI R	SCL90 Som.	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host	SCL90 A.Fób.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
CORE W	1	,310**	,267*	,067	,512**	,572**	,324**	,315***	,075	,223	,200	,463**	,274*	,294*	,080	-,129	,154	,262*
CORE P		1	,094	,325**	,750**	,707**	,333**	,409**	,379**	,455**	,277*	,548**	,603**	,345**	,440**	,246*	,326**	,551**
CORE F			1	,029	,601**	,667**	,228	,197	,062	,270*	,309**	,295*	,204	,134	-,083	,119	,334**	,203
CORE R					,443**	,217	,040	,289*	,088	,145	,256*	,185	,183	,492**	,092	,339**	,381**	,264*
CORE Visi						,957**	,326**	,452**	,266*	,467*	,430**	,608**	,536**	,422**	,213	,198	,481**	,523**
CORE Visi-R							,360**	,432**	,290*	,501**	,425**	,640**	,548**	,364**	,222	,152	,439**	,528**
STAI E							1	,506**	,238*	,396**	,206	,437**	,427**	,230*	,282*	,142	,351**	,403**
STAI R								1	,313**	,494**	,507**	,526**	,518**	,385**	,200	,293*	,444**	,552**
SCL90 Som.									1	,515**	,556**	,552**	,696**	,300**	,547**	,426**	,447**	,793**
SCL90 Obs.										1	,535**	,597**	,647**	,495**	,301**	,463**	,600**	,769**
SCL90 S.Inter											1	,614**	,549**	,361**	,363**	,603**	,531**	,729**
SCL90 Dep.												1	,737**	,580**	,465**	,318**	,593**	,817**
SCL90 Ans.													1	,204	,430**	,447**	,623**	,880**
SCL90 Host.														1	,462**	,518**	,592**	,590**
SCL90 A.Fób.															1	,248*	,263*	,596**
SCL90 Id. Par																1	,585**	,600**
SCL90 Psic.																	1	,749**
SCL90 I.G.S.																		1

*La correlación es significativa a un nivel 0,05 (bilateral) **La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

ANEXO E: Correlaciones de Spearman entre las variables de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL90 en el Pretest, respecto al Grupo No Clínico

	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI E	STAI R	SCL90 Som.	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host	SCL90 A.Fób.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
CORE W	1	,696**	,524**	,175**	,806**	,816**	,459**	,543**	,290**	,326**	,326**	,540**	,328**	,228**	,130**	,139**	,228**	,432**
CORE P		1	,524**	,335**	,897**	,897**	,449**	,509**	,391**	,394**	,367**	,490**	,417**	,312**	,257**	,230**	,309**	,522**
CORE F			1	,332**	,800**	,801**	,455**	,478**	,248**	,400**	,501**	,391**	,279**	,306**	,190**	,217**	,422**	,441**
CORE R				1	,418**	,360**	,140**	,240**	,184**	,211**	,259**	,217**	,268**	,375**	,126**	,183**	,320**	,301**
CORE Visi					1	,997**	,518**	,598**	,376**	,452**	,476**	,554**	,417**	,357**	,249**	,243**	,403**	,563**
CORE Visi-R						1	,525**	,598**	,374**	,448**	,471**	,550**	,411**	,338**	,247**	,239**	,390**	,555**
STAI E							1	,523**	,195**	,352**	,259**	,362**	,387**	,129**	,145**	,087**	,186**	,373**
STAI R								1	,301**	,505**	,494**	,632**	,492**	,313**	,252**	,259**	,340**	,589**
SCL90 Som.									1	,440**	,376**	,485**	,542**	,462**	,365**	,333**	,366**	,679**
SCL90 Obs.										1	,524**	,627**	,504**	,349**	,373**	,361**	,408**	,740**
SCL90 S.Inter											1	,599**	,443**	,456**	,418**	,508**	,560**	,750**
SCL90 Dep.												1	,557**	,456**	,382**	,436**	,494**	,834**
SCL90 Ans.													1	,492**	,349**	,416**	,419**	,745**
SCL90 Host.														1	,256**	,446**	,400**	,600**
SCL90 A.Fób.															1	,330**	,304**	,540**
SCL90 Id. Par																1	,509**	,621**
SCL90 Psic.																	1	,633**
SCL90 I.G.S.																		1

*La correlación es significativa a un nivel 0,05 (bilateral) **La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

ANEXO F: Correlaciones de Spearman entre las variables de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL90 en Pretest y Postest, respecto al Grupo Control

	PRETEST																	
	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI E	STAI R	SCL90 Som.	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host	SCL90 A.Fob.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
CORE W	,524**	,451**	,434**	,346**	,502**	,499**	,424**	,497**	,437**	,387**	,447**	,510**	,410**	,327**	,309**	,283**	,370**	,512**
CORE P	,465**	,541**	,457**	,394**	,546**	,539**	,370**	,495**	,500**	,431**	,496**	,536**	,482**	,376**	,323**	,380**	,443**	,575**
CORE F	,402**	,435**	,551**	,375**	,512**	,508**	,385**	,428**	,413**	,390**	,478**	,417**	,405**	,332**	,311**	,347**	,449**	,486**
CORE R	,217**	,323**	,268**	,424**	,320**	,303**	,225**	,253**	,298**	,264**	,328**	,304**	,336**	,344**	,190**	,264**	,415**	,370**
CORE Visi	,510**	,549**	,548**	,436**	,594**	,587**	,436**	,536**	,518**	,464**	,549**	,558**	,500**	,404**	,360**	,394**	,492**	,607**
CORE Visi-R	,426**	,473**	,440**	,378**	,497**	,491**	,303**	,440**	,445**	,434**	,534**	,515**	,430**	,402**	,303**	,427**	,465**	,567**
STAI E	,338**	,321**	,334**	,241**	,357**	,355**	,438**	,389**	,353**	,325**	,331**	,330**	,329**	,240**	,210**	,213**	,244**	,366**
STAI R	,511**	,524**	,504**	,399**	,562**	,557**	,441**	,660**	,449**	,523**	,558**	,587**	,489**	,424**	,336**	,358**	,443**	,607**
SCL90 Som.	,287**	,381**	,311**	,230**	,367**	,365**	,226**	,305**	,705**	,417**	,387**	,449**	,541**	,432**	,394**	,396**	,380**	,573**
SCL90 Obs.	,408**	,454**	,421**	,335**	,477**	,471**	,291**	,461**	,424**	,635**	,489**	,534**	,470**	,386**	,326**	,366**	,498**	,586**
SCL90 S.Inter	,429**	,461**	,500**	,301**	,509**	,509**	,340**	,491**	,428**	,528**	,634**	,546**	,513**	,410**	,385**	,421**	,549**	,619**
SCL90 Dep.	,496**	,521**	,449**	,337**	,536**	,532**	,366**	,537**	,526**	,545**	,557**	,647**	,533**	,433**	,451**	,422**	,513**	,674**
SCL90 Ans.	,341**	,418**	,329**	,290**	,406**	,401**	,284**	,390**	,567**	,450**	,424**	,489**	,646**	,398**	,392**	,362**	,467**	,601**
SCL90 Host.	,289**	,311**	,298**	,338**	,332**	,322**	,160**	,332**	,390**	,366**	,379**	,444**	,455**	,592**	,257**	,362**	,452**	,506**
SCL90 A.Fob.	,307**	,331**	,249**	,204**	,323**	,323**	,253**	,332**	,389**	,370**	,382**	,367**	,380**	,272**	,519**	,303**	,330**	,448**
SCL90 Id. Par	,357**	,398**	,414**	,292**	,432**	,428**	,244**	,356**	,369**	,452**	,490**	,462**	,463**	,423**	,348**	,514**	,495**	,547**
SCL90 Psic.	,341**	,403**	,421**	,384**	,442**	,434**	,292**	,400**	,405**	,440**	,457**	,470**	,424**	,399**	,367**	,416**	,562**	,543**
SCL90 I.G.S.	,454**	,516**	,472**	,361**	,534**	,529**	,347**	,516**	,608**	,595**	,599**	,631**	,623**	,496**	,464**	,491**	,583**	,730**

***81 a correlación es significativa a un nivel 0.01 (bilateral)

**La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

ANEXO G: Correlaciones de Spearman entre las variables de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL90 en Pretest y Posttest, respecto al Grupo Subclínico

PRETEST																		
	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI E	STAI R	SCL90 Som.	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host	SCL90 A.Fób.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
CORE W	,269*	,116	,084	,240*	,163	,159	,102	,123	,334**	,130	,331**	,346**	,204	,156	,323	,200	,135	,296*
CORE P	,007	,376**	-,011	,463**	,288*	,190	,035	,092	,460**	,166	,302**	,315**	,309**	,226	,319**	,324**	,235*	,369**
CORE F	,015	,095	,265*	,226	,234*	,214	,120	,047	,309**	,170	,367**	,160	,157	,171	,182	,302**	,226	,242*
CORE R	,017	,229	,039	,420**	,215	,126	,107	,110	,185	,293*	,205	,195	,250*	,489**	,134	,381**	,345	,296*
CORE Visi	,046	,276*	,122	,432**	,303**	,229	,095	,112	,452**	,212	,389**	,319**	,300**	,284*	,320**	,389**	,293*	,388*
CORE Visi-R	,036	,315**	,135	,495**	,347**	,265*	,095	,097	,350**	,160	,316**	,272*	,246*	,220	,272*	,316**	,228	,306*
STAI E	,119	,137	,117	,051	,113	,139	,348**	,175	,424**	,314**	,263*	,247*	,221	,046	,219	,235*	,242*	,315*
STAI R	,171	,204	,195	,387**	,285*	,241*	,102	,400**	,335**	,305*	,410**	,307**	,226	,286*	,240*	,286*	,266*	,355*
SCL90 Som.	-,010	,343**	,007	,152	,210	,205	-,046	,112	,695**	,356**	,416**	,474**	,539**	,264*	,379**	,351**	,360**	,579*
SCL90 Obs.	,119	,332**	,266*	,247*	,400**	,394**	,100	,212	,312**	,601**	,455**	,439**	,410**	,232*	,295*	,384**	,415**	,481*
SCL90 S.Inter	,207	,246*	,235*	,318**	,374**	,347**	,039	,331**	,309**	,471**	,670**	,424**	,427**	,403**	,333**	,502*	,410**	,517*
SCL90 Dep.	,149	,240*	,151	,228	,287*	,267*	,038	,171	,358**	,342**	,480**	,472*	,320	,177	,363	,306*	,251*	,411*
SCL90 Ans.	,079	,366**	,054	,145	,240*	,247*	,108	,173	,565**	,455**	,377**	,497**	,559**	,170	,430**	,299*	,403**	,557**
SCL90 Host.	,180	,271*	,184	,297*	,351**	,310**	,074	,233*	,205	,350**	,255*	,368**	,375	,594**	,177	,321**	,381**	,402*
SCL90 A.Fób.	,156	,269*	,084	,067	,224	,248*	,140	,209	,484**	,346**	,573**	,471**	,510**	,116	,633**	,382**	,305**	,546*
SCL90 Id. Par	,074	,228	,255*	,203	,308**	,291*	,136	,208	,281*	,409**	,408**	,309**	,399**	,368**	,266*	,487**	,385**	,421*
SCL90 Psic.	,076	,214	,109	,351**	,261*	,206	,022	,223	,236*	,290*	,417**	,424**	,342**	,312**	,302**	,434**	,528**	,440**
SCL90 I.G.S.	,105	,328**	,139	,295*	,327**	,294*	,056	,236*	,498**	,489**	,539**	,523**	,515**	,339*	,435**	,450**	,463**	,594**

La correlación es significativa a un nivel 0.01 (bilateral).

la correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

ANEXO H: Correlaciones de Spearman entre las variables de los cuestionarios CORE-OM, STAI-E/R y SCL90 en Pretest y Postest, respecto al Grupo No Clínico

	PRETEST																	
	CORE W	CORE P	CORE F	CORE R	CORE Visi	CORE Visi-R	STAI E	STAI R	SCL90 Som.	SCL90 Obs.	SCL90 S.Inter	SCL90 Dep.	SCL90 Ans.	SCL90 Host	SCL90 A.Fob.	SCL90 Id. Par	SCL90 Psic.	SCL90 I.G.S.
CORE W	,434**	,318**	,326**	,207**	,401**	,397**	,340**	,417**	,360**	,298**	,346**	,409**	,328**	,232**	,200**	,160**	,245**	,435**
CORE P	,357**	,417**	,327**	,218**	,436**	,431**	,255**	,404**	,399**	,348**	,402**	,428**	,387**	,269**	,208**	,250**	,322**	,497**
CORE F	,268**	,289**	,462**	,224**	,403**	,400**	,265**	,307**	,318**	,279**	,356**	,279**	,305**	,216**	,238**	,202**	,340**	,370**
CORE R	,061**	,185**	,116**	,347**	,180**	,157**	,096**	,113**	,194**	,133**	,223**	,164**	,253**	,179**	,106**	,102**	,330**	,253**
CORE Visi	,385**	,397**	,424**	,262**	,475**	,468**	,315**	,426**	,430**	,370**	,444**	,439**	,407**	,291**	,261**	,250**	,367**	,522**
CORE Visi-R	,332**	,365**	,337**	,214**	,406**	,402**	,191**	,364**	,386**	,385**	,480**	,444**	,361**	,341**	,221**	,339**	,398**	,536**
STAI E	,241**	,193**	,231**	,161**	,254**	,251**	,376**	,305**	,271**	,234**	,224**	,212**	,252**	,167**	,115**	,079**	,098**	,264**
STAI R	,390**	,387**	,374**	,239**	,449**	,443**	,346**	,606**	,354**	,451**	,462**	,502**	,402**	,330**	,241**	,228**	,304**	,537**
SCL90 Som.	,189**	,281**	,199**	,117**	,268**	,266**	,130**	,200**	,684**	,344**	,289**	,380**	,480**	,372**	,331**	,311**	,276**	,543**
SCL90 Obs.	,257**	,281**	,249**	,181**	,317**	,309**	,148**	,329**	,322**	,562**	,363**	,418**	,363**	,274**	,251**	,235**	,380**	,507**
SCL90 S.Inter	,275**	,299**	,370**	,126**	,369**	,371**	,229**	,364**	,324**	,418**	,523**	,422**	,401**	,288**	,301**	,278**	,438**	,525**
SCL90 Dep.	,347**	,351**	,255**	,181**	,371**	,365**	,213**	,417**	,431**	,462**	,425**	,549**	,431**	,342**	,371**	,312**	,375**	,608**
SCL90 Ans.	,184**	,262**	,155**	,176**	,249**	,240**	,152**	,260**	,501**	,342**	,301**	,368**	,600**	,311**	,303**	,262**	,359**	,543**
SCL90 Host.	,196**	,220**	,198**	,261**	,246**	,232**	,051**	,255**	,359**	,305**	,323**	,408**	,428**	,538**	,213**	,302**	,397**	,501**
SCL90 A.Fob.	,167**	,204**	,081**	,083**	,183**	,180**	,140**	,223**	,286**	,257**	,221**	,222**	,254**	,197**	,440**	,160**	,204**	,339**
SCL90 Id. Par	,260**	,290**	,321**	,178**	,341**	,336**	,103**	,246**	,272**	,369**	,396**	,375**	,386**	,349**	,283**	,445**	,431**	,492**
SCL90 Psic.	,134**	,202**	,252**	,250**	,263**	,252**	,161**	,230**	,304**	,333**	,305**	,295**	,290**	,277**	,279**	,289**	,451**	,424**
SCL90 I.G.S.	,305**	,364**	,309**	,207**	,390**	,383**	,212**	,391**	,541**	,518**	,487**	,531**	,544**	,405**	,397**	,386**	,473**	,688**

##! a correlación de identificación con nivel 0.01 (bilateral)

**La correlación es significativa a un nivel 0,01 (bilateral)

